

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**O Cuidar Culturalmente Competente à Criança, ao Jovem  
e Família com Doença Crónica**

**Rita Alexandra Silvestre Bernardes Cordeiro**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria**  
Relatório de Estágio

**O Cuidar Culturalmente Competente à Criança, ao Jovem  
e Família com Doença Crónica**


**Rita Alexandra Silvestre Bernardes Cordeiro**

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Barbosa de Soveral

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A cultura é um elemento imprescindível da vida,  
é uma dimensão da existência humana, tal como  
as mãos são parte do homem”.

José Ortega y Gasset in Mission of the University

## **AGRADECIMENTOS**

Após a realização deste trabalho considero importante agradecer a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a sua concretização.

Gostaria de agradecer aos meus pais, irmão e cunhada pelo apoio ao longo desta caminhada e em particular ao Mauro pelo suporte e compreensão pelas inúmeras ausências.

À Professora Doutora Maria Manuela Soveral pela sua orientação, ensinamentos e infinita paciência ao longo de todo o percurso, tendo sido essencial em todos os momentos!

Aos meus amigos pelo apoio e suporte em todos os momentos.

Às colegas de trabalho que me apoiaram na concretização deste percurso, especialmente pelo suporte na troca de turnos.

A todos os Enfermeiros dos diferentes ensinos clínicos, que se disponibilizaram para a orientação transmitindo os seus conhecimentos, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal.

Por fim, um agradecimento especial a todas as crianças, jovens e famílias, com quem me cruzei ao longo deste tempo e que sempre demonstraram disponibilidade para partilhar os seus saberes, tendo sido uma peça fundamental para a concretização deste trabalho.

A todos, muito obrigada!

## LISTA DE SIGLAS

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DRC – Doença Renal Crónica

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

IG – Idade Gestacional

MIPEX – *The Migrant Integration Policy Index*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

RNP – Recém-Nascido Prematuro

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCI – Unidade de Cuidados Intermédios

UON – Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visitação Domiciliária

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

Com a diversidade cultural cada vez mais presente, o cuidar de clientes oriundos de qualquer parte do mundo é uma realidade que tem inerente inúmeros desafios para a enfermagem, surgindo a necessidade de que os cuidados prestados sejam culturalmente competentes, tendo sempre o objetivo major de contribuir para o bem-estar e maximização da saúde, respeitando a identidade de cada indivíduo, família, grupo, comunidade ou instituição.

Conhecer o outro em todas as suas dimensões é poder ir ao encontro da sua singularidade, incluindo a cultural, o que permite e facilita o estabelecimento da relação terapêutica e a prestação de cuidados culturalmente congruentes.

Cuidar de crianças, jovens e famílias com doença crónica aliada a processos migratórios e de aculturação é um desafio para a enfermagem que visa a excelência dos cuidados, através do reconhecimento das potencialidades da díade e sua capacitação para gerir a doença.

Portugal é um país de imigrantes, apoiado nas relações socioeconómicas, culturais e históricas com diversos países, sendo que atualmente é, no âmbito europeu, o 2º país com melhores políticas de integração. Não obstante, a existência de diferentes barreiras condicionam o efetivo acesso aos cuidados de saúde.

O presente relatório espelha o percurso formativo desenvolvido, através da teoria e realização de estágios, os quais permitiram desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e em particular no cuidar culturalmente competente à criança, ao jovem e à família com doença crónica, nomeadamente através da descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Leininger, com objetivo último de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Criança, Família, Doença Crónica, Cuidados Culturalmente Competentes, Leininger.

## ABSTRACT

Presently with increasing cultural diversity, caring for any patient around the world is a reality that has inherent and diverse challenges, thus as a result arises the necessity.

of culturally competent care, being key focus the welfare, health maximization and the concern for the identity of each individual, family, group, community or institution.

Knowing the other in all its dimensions is to be able to comprehend its individuality, including the cultural element, which facilitates the establishment of a therapeutic relationship and the allowance of a culturally congruent care.

Caring for children, youth and families with chronic disease coupled with migration and the acculturation process is a challenge in nursing, which aims for excellence in care by recognizing the dyad capabilities and its capacity to manage the disease.

Portugal is a country of immigrants, and it's supported by the socio-economic, cultural and historical relations with several countries. In Europe, currently, Portugal is the 2nd country with the best integration politics; nevertheless, the existence of different barriers determines effectiveness in access to health care.

With the aid of internships and literature, this report reflects the developed formative journey, which allowed the betterment of my Nursing Specialist skills in Nursing Health care of Children and Youth, particular in culturally competent care to children, young people and families with chronic disease, namely through critical and reflective analysis of develop activities in the light of the Cultural Care Diversity and Universality of Leininger Theory, having as its principal goal the improvement of quality care.

**Keywords:** Child, Family, Chronic Disease, Culturally Competent Care, Leininger.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	14
2.1. Os Cuidados Culturalmente Competentes .....	14
2.2. A diversidade cultural em Portugal e o acesso aos cuidados de saúde .....	20
2.2.1. Barreiras no acesso aos cuidados de saúde .....	22
2.3. A criança, o jovem e a família com doença crónica .....	24
3. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA .....	29
3.1. Unidade de Saúde Familiar (USF) .....	30
3.2. Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) .....	35
3.3. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) .....	43
3.4. Internamento de Pediatria Médica .....	52
3.5. Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) .....	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS .....	62
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64

## ANEXOS

ANEXO I - Cartões de comunicação

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Objetivos Gerais e Específicos para os Campos de Estágio

APÊNDICE II - Correio eletrónico

APÊNDICE III - Apresentação da sessão de formação – *Cuidar na Multiculturalidade em Pediatria*



## ÍNDICE DE FIGURAS

Imagem 1 - Mapa conceitual .....	13
----------------------------------	----

## INTRODUÇÃO

A diversidade cultural hoje existente teve a sua origem no aumento dos processos migratórios, e tem a sua influência na pessoa, neste caso na criança, no jovem e na família, detentores de culturas – com crenças, costumes e estilos de vida que lhes são característicos – e na sociedade de acolhimento, que recebe os imigrantes, nomeadamente, no âmbito da saúde e tendo em conta a minha realidade, os doentes evacuados dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Os imigrantes constituem, por si só, um grupo de risco e vulnerabilidade à discriminação e exclusão social, pelo que a promoção da igualdade, integração e inclusão é um dever de todos os cidadãos. Todo este processo migratório tem implicações no processo de aculturação e influencia tanto o imigrante, como a sociedade de acolhimento.

Os profissionais de saúde, em particular, os enfermeiros de saúde infantil e juvenil, na sua prestação diária de cuidados, fundamentam a sua prática em conceções teóricas, como é o caso dos cuidados centrados na família, parceria de cuidados através da negociação, capacitação e cuidados antecipatórios que estão íntima e constantemente relacionados com os cuidados culturalmente competentes. O enfermeiro surge, também, como intermediário no âmbito da saúde, entre a pessoa e a sociedade de acolhimento, podendo contribuir para facilitar a harmoniosa relação entre eles.

Desenvolver esta temática torna-se fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional na medida em que pretendo adquirir e desenvolver competências específicas na minha área de intervenção – Saúde Infantil e Pediatria –, tendo em conta que a cultura é parte integrante dos cuidados prestados e, por isso, ser culturalmente sensível faz parte das minhas competências enquanto enfermeira especialista.

Desta forma, pretendo atingir os seguintes **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).
- Desenvolver competências para um cuidar culturalmente sensível.

Para a concretização deste percurso estagiei em diversas áreas de intervenção. A seleção das instituições para campos de estágio baseou-se não só no desenvolvimento de competências de EEESCJ, mas, também, no aprofundamento da minha área temática: os cuidados culturalmente competentes.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo que no primeiro é feita a identificação e caracterização da problemática, no segundo é apresentado o enquadramento teórico, o qual está dividido em cinco subcapítulos; no terceiro o percurso prático que conduziu ao desenvolvimento de competências de EEESCJ; e, no quarto, são apresentadas as considerações finais e os projetos futuros. Seguem-se as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

Este trabalho foi redigido ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico, de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo optado pelas normas de citação e referência bibliográfica *American Psychological Association* (APA). Foi também privilegiado o anonimato de clientes, equipas e organizações.

## **1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

Na minha área de intervenção, muitas das crianças, dos jovens e das famílias vêm dos PALOP, por doença, evacuadas para Portugal ao abrigo de acordos de cooperação no domínio da saúde. Esta realidade despertou em mim a necessidade emergente de conhecer e atender à sua cultura – aos seus hábitos, crenças, valores e estilos de vida – e prestar cuidados individualizados, culturalmente sensíveis e de excelência, com vista a elevados padrões de qualidade, a fim de obter ganhos em saúde.

O tema surgiu nesta tomada de consciência, em que me inquieta a multiculturalidade em toda a sua dimensão e a falta de competência específica dos enfermeiros para prestar cuidados culturalmente sensíveis a crianças, jovens e famílias e as problemáticas que daí poderão emergir.

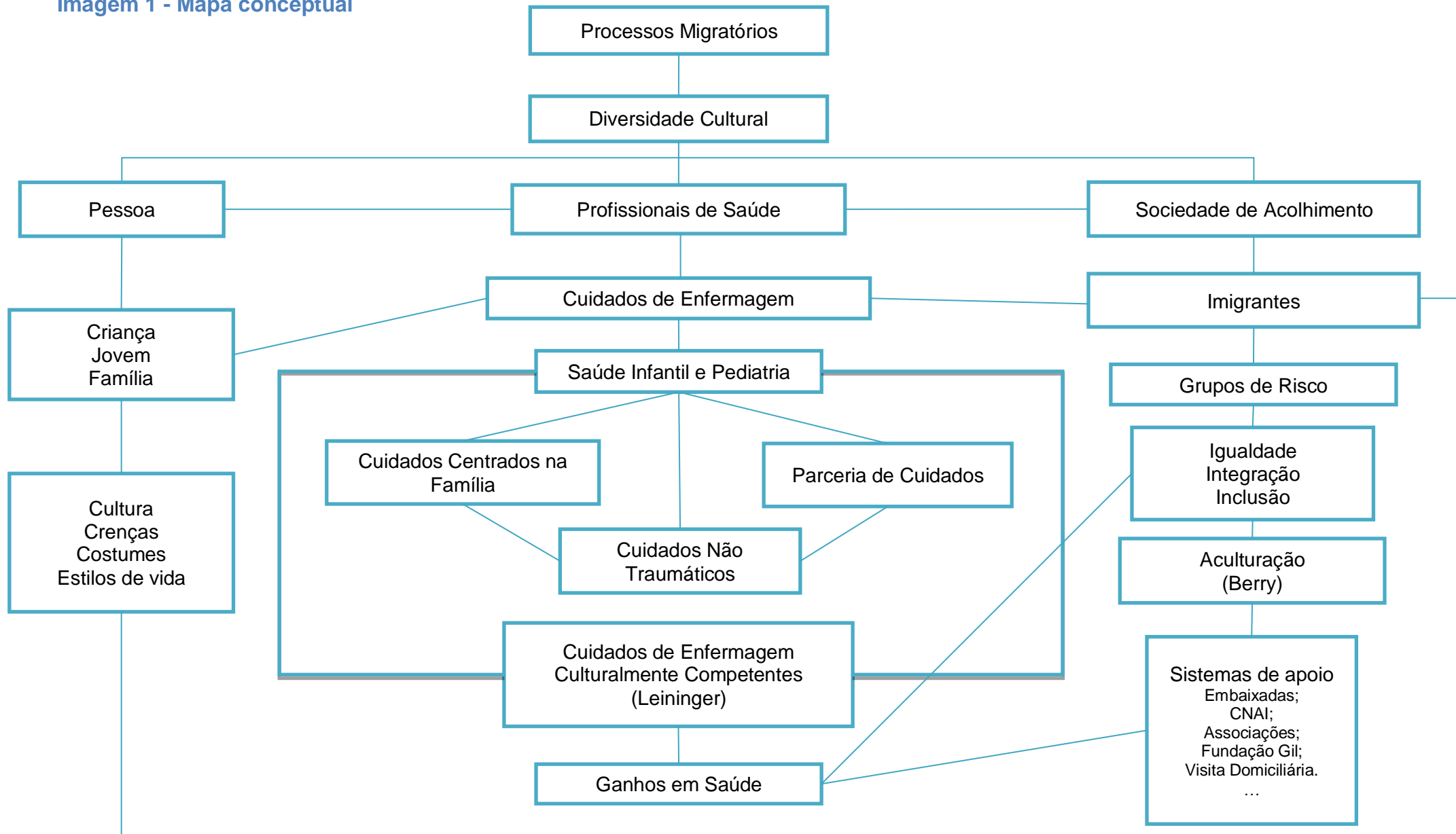
A imigração por si só é um fenómeno multidimensional e o processo de aculturação a ele inerente, em situações de doença, é dificultado. Uma vez que o processo migratório tem na sua origem um último recurso na abordagem à doença crónica, o cliente é, por isso, obrigado a imigrar, deparando-se com diferentes barreiras no país de acolhimento, o que necessariamente interfere no seu processo de aculturação.

Apesar de na minha prática diária grande parte das crianças, dos jovens e das famílias imigrantes terem a sua origem em PALOP, ao longo deste trabalho o foco de atenção não se restringe apenas a este grupo de imigrantes, mas a todos em geral, uma vez que, com a globalização, os processos migratórios são cada vez mais uma realidade.

Efetivamente, Abreu (2001, p. 35), refere que “trabalhar a capacidade dos profissionais de saúde e as instituições lidarem com a diversidade cultural é uma exigência da qualidade dos cuidados”.

Para melhor sistematização da problemática, elaborei um mapa conceptual (Imagem1).

### Imagem 1 - Mapa conceitual



## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Considerando que um dos objetivos major da enfermagem é a maximização da saúde através da qualidade dos cuidados prestados, baseados em quadros conceptuais que mobilizam diferentes conceitos e teorias, neste trabalho essa qualidade passa por serem culturalmente sensíveis.

Neste capítulo ir-se-á desenvolver um enquadramento conceptual da temática, assente nas pesquisas bibliográficas efetuadas acerca da mesma, articulando-o com a sua importância para a prática dos cuidados. Para tal, foi selecionada uma Teórica de Enfermagem – Madeleine Leininger, que sustenta a importância dos cuidados culturalmente congruentes aliados aos cuidados de enfermagem, evidenciando desta forma a importância do presente relatório.

### 2.1. Os Cuidados Culturalmente Competentes

O processo de globalização, despoletado pela abertura das fronteiras económicas e financeiras, expansão das redes de comunicações e pelo crescimento demográfico, permitiu a todos os cidadãos movimentarem-se entre todos os países do mundo, o que é suportado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos que prevê que todas as pessoas têm direito a sair do país em que se encontram, incluindo o de origem (ONU, 1949). De facto, o principal fator associado à multiculturalidade deve-se à crescente onda migratória, mais ou menos evidente por todo o mundo, a qual se relaciona, segundo Leininger (2001) com diferentes aspetos como guerras, opressões políticas e/ou religiosas, pobreza, desastres naturais, condições de vida, oportunidades de trabalho e outras, o que para Ramos (2009) estimula o contato entre diferentes culturas, a coabitação entre diferentes grupos étnico-culturais e diferentes modos de vida, o que contribui para a diversidade cultural das sociedades, colocando desafios na sua gestão, na comunicação e nas políticas.

A **multiculturalidade** refere-se ao assumir “(...) que existem diferentes culturas e subculturas no mundo que necessitam de ser reconhecidas, valorizadas e compreendidas pelas suas diferenças e semelhanças” (Leininger, 2001, p. 50, trad.

da autora), sendo que a **cultura** é definida como “(...) os valores, crenças e estilos de vida de um grupo aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam o seu pensamento, decisões e ações de forma padronizada” (*Ibidem*, p. 46, trad. da autora). Também Abreu (2001) destaca que a herança cultural é passada entre gerações, pelas aprendizagens adquiridas ao longo do tempo.

A população migrante caracteriza-se para Ramos (2009) por apresentar uma fraca escolaridade e por conseguinte baixa qualificação profissional, o que influencia a integração na sociedade de acolhimento, nomeadamente no que respeita às condições habitacionais, de higiene e laborais, estas últimas marcadas por baixos salários, pautados por situações de irregularidade, implicando igualmente precariedade na proteção social, nomeadamente no âmbito da saúde. Estes fatores tornam este grupo particularmente vulnerável, favorecendo a exclusão social e cultural.

Inerente aos movimentos migratórios e no contato com diferentes grupos culturais, ocorre o **processo de aculturação** que se refere à capacidade que um indivíduo ou grupo de determinada cultura tem para aprender valores, comportamentos, normas e estilos de vida da cultura da sociedade de acolhimento (Leininger, 2001), sendo que as crianças, através do seu grupo de pares na escola, aprendem as características culturais com facilidade e, por isso, habitualmente aculturam-se mais (Andrews & Boyle (2012). Ao referirem-se a imigrantes, Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) dizem que o que assinalou as experiências não era tanto o movimento migratório, mas sim o decorrer das diferentes fases de vida, condições e estatutos a ele inerentes, e Ramos (2009) acrescenta que características como a idade, o sexo, o estatuto socioeconómico, as experiências anteriores (como a xenofobia ou exclusão social) e características psicológicas (como as estratégias de *coping* ou motivações) afetam a aculturação.

O processo de aculturação é, então, segundo Berry (2004), experienciado tanto pela sociedade imigrante, como pela de acolhimento, no entanto, o maior impacto está na sociedade não dominante, ou seja na imigrante. A aculturação tem por base a construção da própria identidade cultural e a identificação com a sociedade de acolhimento e, pode ser, então, experienciada de diferentes modos, sendo eles a **integração** – “quando há interesse em manter a cultura original enquanto se interage diariamente com outros grupos (...)”; a **assimilação** – “(...) quando os

indivíduos não desejam manter a sua herança cultural e procuram interagir com outras culturas (...); **separação** – quando mantêm a “(...) sua cultura de origem e ao mesmo tempo desejam evitar interação com outros (...)” e **marginalização** – “(...) quando há pouca possibilidade ou interesse na manutenção cultural (...) e pouco interesse em manter relacionamentos com outros (...)” (*Ibidem*, p. 34). Porém, segundo Graves (1967), citado por Berry (2004), a aculturação também pode ter repercussões psicológicas para o indivíduo quando experiencia mudanças pelo contato com outras culturas, denominando-se de aculturação psicológica.

Com a diversidade cultural cada vez mais presente, o cuidar de clientes oriundos de qualquer parte do mundo é uma realidade que tem inerente inúmeros desafios para a enfermagem, surgindo a necessidade de que os cuidados prestados sejam transculturais, tendo sempre o objetivo maior de contribuir para o bem-estar e maximização da saúde, de cada indivíduo, família, grupo, comunidade ou instituição.

Perspetivando o impacto que a multiculturalidade tem nos cuidados de saúde prestados, vários teóricos evidenciaram as suas teorias, desenvolvendo conceitos, a fim dos profissionais de saúde cuidarem do cliente numa componente holística da qual é parte integrante a cultura. De facto, “a saúde é multi-dimensional e individualizada, envolvendo todos os sistemas em que a pessoa se insere (...) traduzindo-se na capacidade dela própria se realizar enquanto ser humano de natureza biológica, psicológica, social e cultural” (Abreu, 2001, p. 29).

**Leininger**, nos anos 40, reconheceu a importância da cultura para os cuidados de enfermagem, sendo que durante os anos 50 e 60, por associação da enfermagem à antropologia, desenvolveu conceitos, princípios e práticas, identificando como subcategoria para o cuidar a enfermagem transcultural. Esta é uma área de estudo que analisa culturas por forma a praticar cuidados de saúde culturalmente congruentes, tendo em conta as crenças, os valores e modos de vida culturais a fim de proporcionar cuidados de saúde culturalmente congruentes, significativos e benéficos para as pessoas, surgindo assim a **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural** (Leininger, 2001, 2002).

Esta teoria emerge do crescente interesse pela implicação da cultura nos cuidados prestados, defendendo que esta é uma das áreas mais importantes da enfermagem, na medida em que vivemos num mundo multicultural (Leininger, 2002). A teoria pode ser indutiva ou dedutiva, derivando do conhecimento ou experiência



de uma cultura (componente interior/cuidado genérico – *emic*) ou dos aspetos comuns ou mais universais às culturas, formal e cognitivamente adquiridos pelos profissionais de saúde (componente exterior/cuidado profissional – *etic*), tendo como finalidade conhecer diferentes culturas com recurso à investigação qualitativa, com o objetivo de orientar a prática dos enfermeiros a fim de proporcionar um **cuidar culturalmente competente**, o qual se define como “os atos ou as decisões assistenciais apoiadas, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida (...), visando proporcionar ou apoiar o atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório (...)” (Leininger, 1991, citado por George, 2000, p. 300).

Leininger (2001) acrescenta que apesar de todas as culturas terem algumas perspetivas semelhantes, todas elas diferem e, por isso, identificam e praticam o cuidado por diferentes perspetivas. Desta forma entende-se que a **diversidade cultural** se relaciona com as diferenças entre pessoas ou grupos com hábitos, costumes, crenças e modos de vida que lhes são únicos. Por outro lado, a **universalidade cultural** refere-se às características que são comuns entre diferentes culturas.

Conhecer e compreender outra cultura pode implicar, quando não se está familiarizado com a mesma, um **choque cultural**, gerando sentimentos de desconforto e desorientação por divergência de práticas culturais, o que pode ser reduzido se se tentar conhecer antecipadamente as culturas (Leininger, 2002). Por vezes, o desconhecimento cultural conduz à **imposição cultural**, na medida em que se tende a impor os valores, crenças e costumes, que nos são característicos, a pessoas de outras culturas, por diversos motivos, como ignorância cultural, etnocentrismo, preconceitos, racismo, ou outros, limitando o seu bem-estar (*Ibidem*).

Esta visão de Leininger espelha-se nos cuidados de enfermagem através do Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente o Artigo 81º relativo aos valores humanos, em que é dever do enfermeiro “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2005, p. 91); “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (*Ibidem*); e “respeitar e fazer respeitar as opções

políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (*Ibidem*).

Leininger, no Modelo de *Sunrise*, identificou sete fatores da estrutura social e cultural (tecnológicos, religiosos e filosóficos, parentescos e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais), que influenciam as expetativas face aos cuidados, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, os quais são afetados pelas componentes genéricas/culturais e pelas comuns/científicas, entendendo que os diagnósticos e as intervenções de enfermagem devem incluir três opções, com vista aos cuidados culturalmente congruentes: **preservação/manutenção**, **acomodação/negociação** e **repadronização/restruturação** do cuidar cultural, com o objetivo de capacitar o indivíduo, família, comunidade ou instituição, com necessidades evidentes, ou de forma antecipatória, para a manutenção da saúde e do bem-estar, bem como para gerir a doença e a morte, tendo subjacente a diversidade e universalidade cultural do outro, ajustadas aos valores culturais, crenças e modos de vida, visando oferecer um atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório (Leininger, 2001), proporcionando desta forma um cuidar culturalmente competente.

Saliento ainda que as setas bidirecionais observáveis no diagrama do Modelo de *Sunrise* mostram a reciprocidade das influências culturais no contexto social (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo, 2014), nomeadamente na sua representatividade nos cuidados de enfermagem.

Para que o cuidado de saúde culturalmente congruente seja efetivo, é necessário que os profissionais de saúde identifiquem as diferentes culturas, devendo a dimensão cultural ser tida em conta, não apenas na avaliação inicial, mas também no diagnóstico e intervenção, na medida em que os valores culturais orientam e definem as tomadas de decisão. Para isso é impreterível desenvolver competências individuais, interculturais, tecnológicas e de cidadania (Ramos, 2012).

De facto, com a migração de muitos grupos culturais e o aparecimento da identidade cultural do consumidor e as exigências do cuidar culturalmente baseado, as enfermeiras estão a aperceber-se da necessidade de práticas culturalmente sensíveis e competentes. “Atualmente (...) espera-se que os profissionais de saúde compreendam e respondam aos clientes de culturas diferentes e semelhantes (...)

respeitem e respondam aos valores, crenças, modos de vida e necessidades” (Leininger (1996) citada por Welch (2004, p. 578).

Para além de Leininger, também outros teóricos mostraram o seu interesse pelos cuidados culturalmente competentes, tal como Purnell e Campinha-Bacote, evidenciando os seus contributos nesta área.

O **Modelo de Purnell de Competência Cultural** assenta numa estrutura precisa, que abre caminho para se aprender e compreender as diferentes culturas, ajudando os profissionais de saúde a prestar cuidados culturalmente competentes, assentes no pressuposto de que todas as culturas são diferentes, podendo no entanto existir semelhanças entre elas, mas que todas elas influenciam os cuidados prestados. Este modelo tem, na sua génese, aspetos macro (associando conceitos de sociedade global, família, indivíduo e saúde) e micro (abarcando 12 domínios culturais e que são os constructos do modelo, os quais têm implicância nos cuidados de saúde) (Purnell & Paulanka, 2010).

Para tal, Purnell definiu quatro níveis de competência cultural: **inconscientemente incompetente** – “não ter consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura”; **conscientemente incompetente** – “ter consciência da ausência de conhecimento sobre outra cultura”; **conscientemente competente** – “aprender sobre a cultura do cliente, verificando as generalizações sobre a cultura do cliente, e oferecer intervenções culturalmente específicas”; e **inconscientemente competente** – “oferecer automaticamente cuidados culturalmente congruentes a clientes de diversas culturas” (*Ibidem*, p. 23).

Por sua vez, Campinha-Bacote (2002) acredita que o processo de competência cultural emerge da relação interdependente entre **consciência cultural** – autoexame e exploração do próprio *background* cultural, envolvendo o reconhecimento dos próprios preconceitos; **conhecimento cultural** – procura através da melhor evidência disponível de elementos culturais de determinado grupo; **habilidade cultural** – capacidade de recolher dados relevantes para um cuidar culturalmente competente; **encontros culturais** – interação do prestador de cuidados com clientes de diferentes culturas; e **desejo cultural** – o prestador envolve-se intencionalmente no processo de saúde de doentes de outras culturas.

## **2.2. A diversidade cultural em Portugal e o acesso aos cuidados de saúde**

Tradicionalmente Portugal era, até aos anos 70, um país de emigração, altura em que o paradigma mudou e passou também a caracterizar-se pela imigração. A evolução da população estrangeira em Portugal é multifatorial, destacando-se o facto de Portugal ser um país de migrantes, a evolução legislativa nos últimos anos e as relações históricas, sociais, culturais e económicas do próprio país com outros países (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), 2014).

De acordo com dados do SEF, em 2014, estavam em Portugal, com título de residência válido, 395.195 cidadãos estrangeiros, sendo que as dez principais comunidades presentes eram a brasileira, cabo-verdiana, ucraniana, romena, chinesa, angolana, guineense, inglesa, santomense e espanhola, concentradas principalmente nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal (SEF, 2014).

Relativamente às políticas de integração de migrantes, o *The Migrant Integration Policy Index* (MIPEX), nos últimos dados referentes a 2014, indica Portugal, quando analisados todos os indicadores, no 2º lugar com um valor apurado de 75/100. Contudo, analisando as políticas de integração apenas referentes à saúde, constata-se que Portugal ocupa o 24º lugar, com uma classificação de 43/100 (MIPEX, 2015a). O MIPEX é uma ferramenta que avalia e compara as políticas de integração de migrantes, através de 168 indicadores e analisados em 38 países, que incluem todos os da União Europeia e outros 10 de diferentes continentes (MIPEX, 2015b).

Nos mais diversos documentos está consagrado, entre outros, o direito à vida e à saúde e os princípios da igualdade e da universalidade, nomeadamente a nível mundial através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a nível europeu pela Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e em Portugal através da Constituição da República Portuguesa. Neste sentido foram sendo emanadas leis que sustentam os direitos dos imigrantes, de forma a dar ênfase ao direito à proteção da saúde, independentemente das condições socioeconómicas e culturais, promovendo, assim, a igualdade de direitos.

A Lei de Bases da Saúde estabelece que, para além dos cidadãos portugueses, são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) “(...) os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis. (...) os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em

condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal” (Lei n.º 48/90, 1990, p. 3456).

O Despacho n.º 25 360/2001 (p. 20597) indica que “é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do (...) SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS”.

Quando o cidadão imigrante não consegue fazer prova da sua situação legal, este deverá ser encaminhado para o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) a fim de a regularizar, após a prestação de cuidados de saúde, sendo que tem direito a alguns deles nos mesmos termos que a restante população, entre eles: cuidados de saúde urgentes e vitais, doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública, cuidados saúde materno-infantis e saúde reprodutiva, cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, vacinação, cidadãos estrangeiros em situação de reagrupamento familiar e cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2009).

No âmbito da cooperação internacional, Portugal contribui para a melhoria das condições de saúde, através do acesso à assistência médica especializada em Portugal, de pessoas de outros países, entre elas, as oriundas dos PALOP, quando o país de origem não tem capacidade técnica para prestar os cuidados de saúde necessários (DGS, 2011).

No entanto também outras leis favorecem a imigração, nomeadamente em 2006 a lei da nacionalidade através do *Jus Soli* e do *Jus Sanguni*; em 2012 a lei sobre a entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros de território nacional, a qual promove a entrada e permanência de imigração altamente qualificada; e a da autorização de residência para atividade de investimento, que dá a possibilidade de investidores estrangeiros requererem uma autorização de residência para efeitos do exercício de uma atividade de investimento (Câmara Municipal de Lisboa, 2015).

Tendo em conta a igualdade, a não discriminação e a universalidade de direitos entre cidadãos, o Despacho n.º 25 360/2001 (p. 20597) determina que “(...) todos têm [direito] à protecção da saúde, é relevante que os meios de saúde existentes sejam disponibilizados a todos os que deles necessitam, na exacta medida das suas necessidades subjectivamente concretizadas, independentemente das suas

condições económicas, sociais e culturais”, integrando assim um dos eixos prioritários do Plano Nacional de Saúde (PNS) – a equidade, a qual implica “(...) que todos têm idêntico acesso aos cuidados e direito à obtenção de resultados em saúde, de acordo com as necessidades, independentemente do sexo, religião, origem étnica, idade, estatuto social ou capacidade de pagar esses cuidados” (DGS, 2013a, p. 5).

### 2.2.1. Barreiras no acesso aos cuidados de saúde

Apesar de todos os esforços feitos no sentido de cada vez mais se praticar uma política de saúde assente nos direitos humanos e da cidadania das minorias étnico-culturais, estes mostram-se insuficientes para a qualidade e equidade na saúde (Ramos, 2012), demonstradas pelas inúmeras barreiras existentes ao seu acesso.

Famílias de diferentes culturas podem enfrentar dificuldades nas suas interações com os enfermeiros e outros profissionais de saúde, podendo ter um impacto negativo na prestação de cuidados. Neste sentido Andrews & Boyle (2012) identificam inúmeras barreiras no acesso aos serviços de saúde, como a **pobreza**, a **geografia**, a **falta de competência cultural** pelos profissionais de saúde, o **racismo** e o **preconceito**. Andrade (2008) e Ramos (2012) acrescentam ainda o **desconhecimento dos direitos e locais** para aceder aos cuidados de saúde, **dificuldades administrativas**, **discriminação**, **exclusão**, **medo de serem denunciados**, baixas **condições socioeconómicas**, **hábitos** e **crenças** culturais.

Os cuidados de enfermagem têm subjacentes habilidades interpessoais e comunicacionais. Phaneuf (2005, p. 23) define comunicação como um processo de troca de informação, na qual “(...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” e, em saúde, a comunicação tem como “(...) objetivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos e das comunidades, no sentido da promoção da saúde, bem-estar e prevenção das situações de doença, risco e vulnerabilidade” (Ramos, 2012, p. 3).

Phaneuf (2005) refere, no entanto, que diferentes fatores podem influenciar de forma positiva ou negativa a comunicação, o que pode condicionar os cuidados prestados, a continuidade e a qualidade dos mesmos, pondo em causa o bem-estar e a recuperação da saúde do cliente. Entre esses fatores destaca as **diferenças**

**culturais**, a **língua falada**, os **valores**, a **religião** e a **espiritualidade** e, entre outros, os **preconceitos** e **estereótipos sociais**.

Também o **estatuto legal** dos cidadãos imigrantes é apresentado em diferentes estudos como uma barreira aos cuidados de saúde na medida em que têm medo de ser denunciados, sendo que Bäckström (2009, p. 197) diz que inúmeros são os que utilizam os recursos de forma inadequada, desconhecem os serviços de saúde da sua área de residência, recorrendo habitualmente, às urgências hospitalares. A mesma autora acrescenta, ainda, que muitos dos imigrantes, ainda que sejam documentados, “(...) continuam a preferir os serviços de urgência, pelas dificuldades de comunicação e burocracias que encontram nos Centros de Saúde” (*Ibidem*, p. 202), apontando como principais barreiras a **linguagem**, a **leitura**, o **preenchimento de impressos** e o próprio **horário** de funcionamento dos centros de saúde (*Ibidem*). No entanto, também os imigrantes indocumentados mantêm a preferência pelos serviços de urgência, por este atendimento ser mais discreto (Henriques, 2010), o que revela um evidente desconhecimento da legislação portuguesa a qual define que para além de todos os cidadãos portugueses, são beneficiários do SNS os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, independentemente do seu estatuto legal (DGS, 2009).

Com a finalidade de facilitar o acesso aos cuidados de saúde, entre outros projetos e programas, foi desenvolvido, em 2002, o Projeto *Migrant-Friendly Hospitals*, através da definição de diferentes áreas de intervenção, no domínio da saúde: reduzir as barreiras comunicacionais existentes; fomentar a literacia em saúde, em particular na área materno-infantil; e desenvolver a competência cultural dos colaboradores através da sua formação (Migrant-Friendly Hospitals, 2005). A Declaração de Amesterdão “Hospitais *Migrant-Friendly* numa Europa Etno-Culturalmente Diversa” resultou deste projeto europeu (Migrant-Friendly Hospitals, 2005).

Em Portugal, tendo em conta as necessidades tanto dos imigrantes como dos diversos setores foi desenvolvido o 1º Plano para a Integração dos Imigrantes, o qual teve início em 2007, posteriormente o 2º plano entre 2010 e 2013 e, atualmente em vigor, desde 2015 até 2020, o 3º plano, denominado Plano Estratégico para as Migrações. Em todos eles a saúde está enunciada como um ponto de intervenção a fim de melhorar as políticas para a integração de imigrantes.

A existência nas unidades de saúde de mediadores socioculturais, de intérpretes com formação específica na área da saúde, a existência de informação nas mais diversas línguas, os diferentes organismos presentes no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, nomeadamente o gabinete da saúde e o serviço de tradução telefónica são recursos fundamentais para acompanhamento dos imigrantes no âmbito da saúde (Silva & Martingo, 2007) e assim conseguir eliminar barreiras.

### 2.3. A criança, o jovem e a família com doença crónica

Com a investigação científica produzida ao longo dos anos, foi possível mudar o paradigma da enfermagem, nomeadamente no que concerne à enfermagem pediátrica, na perspetiva em que os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos passaram a estar evidenciados. Atualmente defende-se, não só a inclusão das famílias, como também a sua participação na prestação de cuidados em parceria com a equipa multidisciplinar, tendo em conta as necessidades individuais do cliente e da família, numa perspetiva de prestação de **cuidados não traumáticos**, os quais têm como objetivo não causar dano através da prevenção da separação da família, sensação de situação controlada pela criança/pelo jovem e prevenção da dor e lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em de Saúde da Criança e do Jovem, a participação dos pais nos cuidados deve ser feita “(...) mediante um processo de negociação, liderança e decisão, que incorpora a sua participação nos cuidados de menor à maior complexidade à criança/jovem, sendo este processo caracterizado pela supervisão da responsabilidade do Enfermeiro Especialista” (Regulamento n.º 351/2015, p. 16661), o que implica “(...) o estabelecimento de uma comunicação efectiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de actuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (*Ibidem*).

Portanto, os **cuidados centrados na família** reconhecem que “(...) deve existir colaboração entre clientes, membros da família (...) e todos os membros da equipa de cuidados de saúde, a fim de alcançar os resultados desejados para o cliente” (Sanders, 2014, p. 1026), em que “(...) os sistemas de serviço e pessoal devem



apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais” (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11).

A **parceria de cuidados** tem, então, como finalidade “(...) envolver os clientes e as famílias no planeamento dos cuidados e no processo de decisão” (Sanders, 2014, p.1026), **capacitando** a família através do envolvimento **negociado** no processo de cuidar, otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do papel parental, o que implica habilidades interpessoais e de comunicação, havendo uma necessária “(...) compreensão mútua e partilha coordenada de interesses, visando objetivos comuns para os cuidados ao cliente pediátrico” (Sousa, Antunes, Carvalho, & Casey, 2013, p.24, trad. da autora).

O conceito de saúde varia amplamente entre culturas, no entanto, independentemente da cultura, a maioria dos pais desejam saúde para os seus filhos e envolvem-se na promoção da mesma (Andrews & Boyle, 2012) e a “saúde, doença e tratamento (cuidados/cura) fazem parte do património cultural de cada criança (*Ibidem*, p. 138, trad. da autora).

Presentemente, reconhece-se que as doenças crónicas afetam indiscriminadamente a população e são a principal causa de morbilidade e mortalidade na Europa (Andrews & Boyle, 2012; Busse, Blümel, Scheller-kreinsen, & Zentner, 2010), sendo já considerado um problema de saúde pública (Nóbrega, Collet, Silva, & Coutinho, 2010). A *World Health Organization* (WHO), em 2014, definiu a doença crónica como uma doença de longa duração e progressão geralmente lenta, acrescentando ainda que a maioria não tem cura, no entanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da deteção precoce, terapêutica adequada e estilos de vida saudáveis (WHO, 2005).

Rolland (1987) define três fases na doença crónica: a de **crise**, que decorre entre o período sintomático e o início do tratamento, verificando-se incertezas perante o diagnóstico, dificuldade no tratamento sintomático e podendo ocorrer destruturação familiar; a **crónica**, que é marcada pela estabilização da doença, observando-se readaptação, autonomia e reestruturação familiar; e a **terminal**, que se inicia no momento em que a morte é esperada e a altura em que ela realmente corre.

O esperado nas crianças é que elas cresçam e se desenvolvam, tornando-se adultos saudáveis, sem qualquer limitação, capazes de desafiar e serem desafiados

pelo mundo que os rodeia. Assim, quando a doença crónica afeta crianças e jovens estes experienciam um conjunto de alterações e limitações que condicionam o seu quotidiano (Vieira & Lima, 2002) e as suas relações sociais, o que pode ser potenciado ou minimizado de acordo com fatores intrínsecos ou extrínsecos à própria doença, nomeadamente frequência e duração dos internamentos, alterações da imagem corporal, carências socioeconómicas, processos associados à imigração e outras. O reajuste depende não só da complexidade e gravidade da doença, mas também da fase em que se encontra e dos meios que estão disponíveis para o satisfazer as necessidades do seu portador e recuperar a harmonia (*Ibidem*). Torna-se, por isso, fundamental desenvolver estratégias para diminuir ou superar os desequilíbrios experimentados face às repercussões sentidas e decorrentes da doença crónica.

Os mesmos autores defendem ainda que as crianças percebem a importância do ajuste às limitações físicas, alimentares e de socialização, decorrentes da doença e tratamento. Desta forma compete aos pais e aos profissionais de saúde a promoção da autonomia, de acordo com as capacidades individuais da criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento. Importa, no entanto, salientar que os valores, atitudes, crenças e práticas culturais podem interferir na forma como os pais e os profissionais de saúde se relacionam com uma criança durante as várias fases de desenvolvimento (Andrews & Boyle, 2012).

Tratando-se de crianças, percebe-se rapidamente a importância do suporte familiar e, tendo por base Castro & Piccinini (2002), a família pode servir como suavizadora dos efeitos negativos da doença, suscitando, assim, para a criança, um ambiente facilitador para o seu envolvimento. Percebe-se, ainda, que o apoio familiar e as competências de cada membro da família influem diretamente na forma de estar da criança perante a doença.

É neste contexto que o PNS reforça a importância não só do controlo da doença crónica, mas também da sua gestão (DGS, 2013a). No que respeita à doença crónica na infância compreende-se a importância que os cuidadores adquirem, pois necessariamente existe uma corresponsabilidade da gestão de doença, regime terapêutico e outros, o que implica um grande impacto nos estilos de vida e rotina familiar (OE, 2011). Assim, “quando o diagnóstico de uma doença crónica afeta uma criança, há que realizar uma apreciação da parentalidade, de forma a proporcionar

uma adaptação à nova situação, pautada por princípios de parceria” (OE, 2011, p. 92), sendo que “esta colaboração leva a que os enfermeiros e pais trabalhem em conjunto no tratamento holístico da criança, atendendo assim a todas as suas necessidades” (Sanders, 2014, p 1026).

Nesta lógica, a avaliação inicial efetuada pelos enfermeiros mostra-se fulcral no atendimento personalizado à criança, ao jovem e à família. Abreu (2001) destaca que o processo de avaliação inicial nos remete não só para a sua história de saúde/doença, mas também para questões biológicas, psicológicas sociais e culturais que são inerentes ao cliente enquanto Ser.

Segundo Meleis et al. (2000), os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e das famílias, que estão em fase de transição, os quais têm impacto na sua vida, saúde, relacionamento e ambiente, e têm o objetivo de preparar e facilitar o processo de transição com o fim de alcançar o estado de bem-estar desejado pelo cliente. Destacam ainda que uma das transições, para além da transição saúde/doença, é a transição social e cultural, onde estão enquadrados os imigrantes. Cumulativamente, estas transições deixam o cliente e a família mais vulneráveis, aumentando o risco de discriminação e exclusão social e, conseqüentemente, podem interferir com os estados de saúde/doença e, desta forma, com a capacidade de recuperar o seu bem-estar (*Ibidem*).

Também Leininger, na sua teoria, perspetivou a importância do que hoje são os modelos conceptuais pelos quais se regem os cuidados em pediatria. De facto são inúmeras as alusões nas suas obras à família, à capacitação, à negociação e até aos cuidados antecipatórios, enquanto alguns dos elementos cruciais para que o cuidado prestado seja congruente e benéfico para o cliente e família. A visão holística da díade, muitas vezes oriunda de países diferentes e com culturas diferentes, possibilita que se tenha uma visão não fragmentada, havendo interesse pelos seus diferentes contextos, nomeadamente o cultural.

As desigualdades “afetam particularmente os grupos vulneráveis: por situação socioeconómica (por exemplo, pobres, sem-abrigo, desempregados de longa duração, imigrantes), condicionantes individuais (por exemplo, deficiência ou doença rara) ou grupo etário (por exemplo, crianças e idosos)” (DGS, 2013a, p. 36), o que é suportado por Abreu (2001), que nomeia estudos que indicam que o contexto socioeconómico de minorias e imigrantes (considerados grupos vulneráveis) pode

repercutir-se na saúde, tornando-se mais complexas quando são cumulativas à doença crónica. Também Ramos (2012) acrescenta que mesmo entre imigrantes, alguns são particularmente mais vulneráveis, tais como os recém-chegados, os que nunca tiveram contato com serviços de saúde, os que não dominam a língua e os que vivem em situação irregular, de precariedade ou isolamento.

Inerente aos processos migratórios desenvolvem-se ruturas e diferentes mudanças, entre elas “(...) psicológicas, ambientais, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica e social (...) e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com consequências ao nível do desenvolvimento individual, sócio-profissional e da saúde física e psíquica” (Ramos, 2009, p. 5).

De facto, quando por necessidade de tratamento médico as crianças, os jovens e as famílias se veem obrigadas a imigrar, estas têm de lidar não só com o próprio processo migratório, mas também têm de gerir tudo o que lhe está inerente, sendo que Ramos (2009, p. 4) afirma “(...) quanto maior for a diversidade de redes de relações sociais de um indivíduo, maior é o acesso às oportunidades de integração, de educação, de saúde e bem-estar e de mobilidade individual, social e familiar”.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em de Saúde da Criança e do Jovem e defende

que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, **prevenção** da doença, **tratamento** e **recuperação**, que respeite os princípios de proximidade, **parceria**, **capacitação**, direitos humanos e da criança, numa abordagem **holística**, ética e **culturalmente sensível** (Regulamento n.º 351/2015, 2015, p. 16661).

### **3. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA**

O percurso efetuado teve o seu início na elaboração do projeto de estágio, passando pela prática clínica e culminou na elaboração deste relatório onde, neste capítulo, pretendo espelhar a aquisição e o desenvolvimento de competências de EEESCJ conforme preconizado pela OE, através da análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas que deram resposta aos objetivos delineados.

Os diferentes contextos de ensino clínico foram definidos juntamente com a Professora orientadora, tendo em conta os objetivos delineados, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de competências para um cuidar culturalmente competente, tendo sido o percurso, de forma cronológica, na Unidade de Saúde Familiar, no Serviço de Urgência de Pediatria, na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, no internamento de pediatria (dividido entre dois serviços semelhantes, um dos quais é o meu local de trabalho) e, por fim, no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante. Nesta seleção foram tidos em conta a diversidade cultural, os recursos socioeconómicos da população imigrante e, em particular, o último local, por ser um espaço que reúne diferentes serviços que prestam apoio ao imigrante, nomeadamente no âmbito da saúde.

Relembrando o Regulamento de Competências Específicas do EEESCJ, também este tem a sua devida importância nas mais diversas áreas da prática, sendo que segundo a OE (2010b, p. 1), o enfermeiro

(...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa

Posto isto, e tendo em conta os meus objetivos gerais do relatório, tracei objetivos gerais e específicos para os diferentes contextos (Apêndice I). Serão, igualmente focadas algumas competências comuns do enfermeiro especialista, tendo em conta os seus domínios de competência.

### 3.1. Unidade de Saúde Familiar (USF)

A organização dos cuidados de saúde em Portugal encontra-se parcelada entre Cuidados de Saúde Primários (CSP), rede pré-hospitalar, cuidados de saúde hospitalares e rede nacional de cuidados continuados integrados (DG, 2013a), sendo que os CSP estabelecem, em condições normais, o primeiro, e muitas vezes único, contato entre os indivíduos e o sistema nacional de saúde, situando-se tão próximo quanto possível da zona habitacional dos mesmos (International Council of Nurses, 2008), atuando, “(...) como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, centrada no cidadão, família e comunidade (...)” (DGS, 2013a, p. 38).

Todas as áreas de intervenção do enfermeiro têm como ponto de partida as diretrizes emanadas por diferentes organismos como o Ministério da Saúde, por intermédio da DGS, e da OE. Desta forma, para este contexto de ensino em particular, dou destaque ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o qual teve o seu contributo, entre outros, na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo que para o primeiro foram adotadas as mais recentes curvas de crescimento da WHO e para o segundo introduzida a avaliação do crescimento segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada.

Deste modo defini como objetivo **desenvolver competências de EEESCJ, de acordo com os quadros de referência, na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família em contexto de vigilância e promoção da saúde**, com interesse na prestação autónoma de cuidados à criança, ao jovem e à família em contexto de vigilância e promoção da saúde e na aquisição de competências na avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil.

Este ensino clínico mostrou a sua importância, nomeadamente por ser um contexto que onde nunca tinha tido prestado cuidados, possibilitando, por isso, que desenvolvesse competências que foram ao encontro das minhas necessidades pessoais e profissionais enquanto futura EEESCJ, mobilizando conhecimentos por forma a ser capaz de potenciar a promoção e manutenção da saúde. Segundo a DGS (2013b, p. 56), “a avaliação desse percurso [do desenvolvimento infantil], a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na

qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP)”.

Também durante este percurso tive a oportunidade de, gradualmente, observar, participar e orientar de forma autónoma consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), o que me possibilitou desenvolver competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, perceber as necessidades das famílias tendo em conta as diferentes idades e intervir ativamente nos cuidados antecipatórios, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil, permitindo a manutenção da harmonia familiar, concretizando assim a competência **E3.1.** em que o EEESCJ “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010b, p. 5).

Na avaliação do desenvolvimento infantil, baseei-me numa estratégia de que me possibilitasse, durante a avaliação da criança e do jovem, não me esquecer de nenhum item a incluir. Assim, produzi tabelas de observação para as diferentes idades chave, baseadas na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, cuidados antecipatórios e sinais de alerta, às quais recorri durante as avaliações. Os registos da avaliação e intervenção efetuada foram feitos em suporte informático e de papel através do boletim de saúde infantil e juvenil e do boletim de vacinas, para manter a continuidade dos cuidados.

As consultas de SIJ foram o momento chave na promoção do papel parental, tão importante para acompanhar o desenvolvimento infantil através da aquisição de conhecimentos e competências permitindo aos pais conhecer e compreender o que é desejado nas diferentes etapas, podendo assim antecipá-las e ultrapassá-las com maior sucesso e harmonia familiar, a qual segundo Dantas, Rossi, Costa, & Vila (2010, p. 166) é “(...) tida como condição essencial para a qualidade de vida, indica a atribuição à família do significado de núcleo importante de produção de sentidos e de apoio a seus membros, tanto financeiro quanto emocional. De facto, com os cuidados antecipatórios promove-se a saúde e previne-se a doença, dotando os pais de conhecimentos necessários para a atuação em circunstâncias eventualmente pré-conhecidas como momentos de desorganização, evita-se a perturbação nas relações e dinâmicas sociofamiliares, promovendo-se assim a parentalidade e maior confiança nos profissionais de saúde.

No entanto, as consultas de SIJ não se cingem às avaliações anteriormente referidas, mas também implicam da parte do enfermeiro ser detentor de conhecimentos abrangentes no que respeita à saúde da criança e do jovem a fim de poder detetar precocemente alterações e encaminhar rapidamente para os diferentes profissionais de saúde, pelo que durante este ensino clínico efetuei pesquisas acerca de diferentes patologias, para que pudesse intervir em situação de doença, indo, assim, ao encontro das competências específicas do EEESCJ, nomeadamente a **E1.2.** “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010b, p.3).

Neste sentido constatei, o que foi corroborado pela Sra. Enfermeira orientadora, que grande parte das crianças e jovens não recorrem aos CSP por doença aguda, pelo que as situações que foram acompanhadas, por doença, na USF advieram da continuidade de cuidados iniciados no Serviço de Urgência, ou aqueles que são inicialmente detetados nas consultas de SIJ. Saliento por isso a importância claramente demonstrada pelo EEESCJ, nomeadamente e a título de exemplo, no acompanhamento do Recém-Nascido (RN) com perda ponderal de peso superior ao indicado, tendo para isso realizado um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem a fim de reavaliar a situação em particular, agendando para o efeito consultas de enfermagem, dando as orientações necessárias.

Tive ainda oportunidade de realizar vacinação infanto-juvenil quer em sessões destinadas apenas para o efeito, quer durante as consultas de SIJ, pois, apesar das idades-chave estabelecidas para a vigilância da saúde infantil, as mesmas não são rígidas o que permite a harmonização entre as consultas e a vacinação. Efetuei procedimentos necessários à recuperação da saúde da criança e do jovem, como remoção de pontos, administração de terapêutica injetável, realização de pensos e outros.

Tendo em conta a competência de EEESCJ **E2.2.**, em que o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, (OE, 2010b, p. 4), tanto nas sessões de vacinação como na realização de procedimentos, tive especial atenção à necessidade de alívio e controlo da dor inerente ao procedimento em questão através da otimização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Associadas aos procedimentos dolorosos,



frequentemente se manifestam perturbações comportamentais, que na criança são manifestadas de diferentes formas, como a resistência verbal, resistência física, pedido de apoio emocional, verbalização da emoção, do medo e da dor e, entre outros, através da procura de informação<sup>1</sup>, o que por vezes implica consequências mais dolorosas (como a necessidade de contenção física ou as várias punções), tendo uma influência bastante significativa nos procedimentos futuros, pela associação a eventos passados.

Neste contexto verifiquei que a gestão da dor nas crianças e nos jovens é realizada, de acordo com a idade, essencialmente através de diferentes estratégias não farmacológicas. Os enfermeiros não recorrem a estratégias farmacológicas na realização de procedimento dolorosos, o que é motivado talvez pela escassez de terapêutica adequada na USF, como o EMLA ou a sacarose a 24%. Verifiquei no entanto por diferentes vezes que incitam os pais a administrar Paracetamol cerca de uma hora antes da consulta, quando há administração de vacinas programada.

Também neste ensino clínico prestei cuidados no âmbito da SIJ, em diferentes contextos, nomeadamente no domicílio e na escola. “O acompanhamento da grávida e recém-nascido é da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários, do Médico e do Enfermeiro, em articulação com os cuidados hospitalares em situações de risco” (DGS, 2013a, p. 87), motivo pelo qual aquando do nascimento de um RN é enviada para os respetivos centros de saúde a notícia de nascimento, sendo posteriormente agendada, uma visita domiciliária (VD). De facto, tive a oportunidade de efetuar VD ao RN e família onde realizei a sua primeira observação, avaliei a dinâmica familiar nesta transição, esclareci dúvidas, orientei os pais para diferentes aspetos relacionados com o RN e com a vinculação, nomeadamente a promoção da parentalidade e amamentação, agendando-se, por fim, a consulta de SIJ seguinte. Geralmente esta VD ocorre ao 5º dia de vida do RN, para fazer concomitantemente o Teste de *Guthrie*, o qual também efetuei, realizando os respetivos ensinamentos. Esta intervenção evidencia a competência **E1.1.** do EEESCJ, onde “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem” (OE, 2010b, p. 3).

---

<sup>1</sup> UNIDADE CURRICULAR DE A ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM COM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE SAÚDE. (Apresentação PowerPoint®). Prof. Helga Pedro. ESEL, 2015.

A intervenção em contexto escolar só foi possível uma vez que a enfermeira orientadora desenvolve um projeto psicoeducacional para o que lhe é destinado um dia para que possa intervir junto das crianças, dos jovens e suas famílias com ou em risco de desenvolver perturbações mentais, o qual tem como finalidade major a identificação de fatores de risco, minimização desses mesmos fatores, acompanhamento e encaminhamento de casos identificados, estimulando as capacidades individuais das crianças, dos jovens e das famílias, por forma a recuperar e/ou potenciar o desenvolvimento para que se (re)insiram nos seus ambientes e se tornem adultos saudáveis e integrados.

No escopo de ação da enfermagem em saúde infantil e pediatria, outra alteração do atual PNSIJ, relativamente ao anterior, associa-se com questões associadas a perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência, sendo que segundo a DGS (2013b, p. 6) “(...) estima-se que, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental”.

Apesar das USF não estarem abrangidas pelos programas de saúde escolar, com o projecto referido, é possível intervir em ambiente escolar, junto dos professores, educadores e auxiliares, referenciando novos casos, articulando com a equipa psicopedagógica do agrupamento escolar a fim de o ensino ser direccionado às capacidades individuais da criança e do jovem, oferecendo-lhe apoio educativo e ensino especial, havendo um necessário “rastreo de perturbações do desenvolvimento cognitivo, da linguagem e da motricidade e de perturbações específicas da linguagem (leitura, escrita e cálculo)” (Marques & Cepêda, 2009, p. 47). Assim, é possível ir ao encontro de diferentes diretrizes, nomeadamente do Programa Nacional de Saúde Escolar, o qual refere que “(...) numa perspetiva holística de intervenção da Saúde na Escola, advoga que nunca como hoje foi tão importante investir em literacia em saúde, capacitação, promoção da saúde mental (...) ambientes escolares seguros e saudáveis, promotores da saúde e do bem-estar de todos” (DGS, 2014, p.6).

O conhecimento e a proximidade com este projeto possibilitaram-me desenvolver algumas outras competências de EEESCJ, nomeadamente a **E2.5**. “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”, (OE, 2010b, p. 4), particularmente através da capacitação da criança, do jovem e da família e na adequação do suporte

comunitário, neste caso, na escola através da sensibilização dos professores para as necessidades de saúde. Assim, neste âmbito, a pedido do diretor de turma de uma das crianças acompanhadas, a quem são realizados esvaziamentos vesicais intermitentes na escola, planeei uma sessão de formação para os professores e auxiliares de educação acerca do tema, abordando estratégias que facilitem e promovam a independência da criança, tendo em conta a sua idade e o seu desenvolvimento, e a adequação do espaço. No entanto a formação ainda não foi apresentada, uma vez que aguardo agenda por parte da escola.

Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, também este projeto de intervenção, permite utilizar metodologias “(...) promotoras do estabelecimento de parcerias com os agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde, das quais as inerentes à articulação entre os cuidados de saúde primários, (...) e/ou recursos da comunidade” (Regulamento n.º 351/2015, 2015, p. 16664).

No que respeita ao objetivo de **conhecer as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas**, o mesmo não foi atingido, pois, apesar da área de influência da USF ser, no âmbito nacional, a 6ª região com maior número de indivíduos com nacionalidade estrangeira (Instituto Nacional de Estatística, 2012), durante este curto período de estágio, a diversidade cultural observada em contexto de CSP não foi significativa.

### **3.2. Serviço de Urgência de Pediatria (SUP)**

O segundo ensino clínico foi desenvolvido num hospital em Lisboa que, pela sua área geográfica, abarca uma população multicultural bastante significativa.

Os serviços de urgência têm “(...) como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, os quais não podem ser resolvidos nos outros níveis de assistência” (Carret, Fassa, Paniz, & Soares, 2011, p. 1070).

Integrada no departamento de pediatria, a urgência de pediatria dispõe de sala de espera, sala de triagem, gabinetes médicos, sala de aerossóis, sala de

tratamentos, sala de reanimação, sala de observação, unidade de cuidados intermédios (UCI) e sala de reuniões/entrevistas aos pais.

Para melhor compreensão do atendimento em contexto de urgência e emergência, importou desde logo que identificasse o circuito da díade que recorre ao SUP. Para que fosse possível participar e intervir ativamente na prestação de cuidados, logo desde princípio iniciei pesquisas bibliográficas sobre diferentes patologias mais comuns num SUP e individualmente naquelas que surgiram ao longo do estágio, sendo que as patologias gastrointestinais, respiratórias e traumatismos, se apresentaram como as mais comuns no motivo da admissão, desenvolvendo assim conhecimentos, de forma a ir ao encontro da competência **E1.2.**, em que o EEESCJ “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2010b, p. 3), sustentando a prática em documentos orientadores.

De facto inúmeras são as oportunidades, desde a admissão até à alta, de que os enfermeiros dispõem para trabalhar com a criança, o jovem e a família no sentido de estes adotarem comportamentos potenciadores de saúde. Realizei diferentes ensinamentos no contexto de urgência, proporcionando assim ao cliente pediátrico o desenvolvimento de competências para a gestão da saúde e doença.

Desta forma, e como exemplo, tive momentos em que me foi possível orientar a díade para diferentes assuntos relacionados com a maximização da saúde, prevenção da doença e recuperação da saúde, nomeadamente a importância das consultas de vigilância de saúde nos CSP; prevenção da queda relacionada com a incorreta utilização dos dispositivos de segurança durante o transporte; importância e modo de administração de antipiréticos; e outros que se mostraram necessários no decorrer do atendimento à díade.

O facto de o enfermeiro direccionar a conversa não só para a família, mas também para a criança e para o jovem, em particular o adolescente, possibilita que estes assumam um crescente interesse pela sua saúde, desenvolvendo, igualmente, a competência **E3.4.** em que o enfermeiro “promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2010b, p. 5), designadamente através do reforço da tomada de decisão responsável e negociação do contrato de saúde.

Por opção, durante este período, fiquei maioritariamente entre a sala de triagem e de tratamentos para que fosse possível, no âmbito dos cuidados culturalmente competentes, observar a diversidade cultural, percecionando as necessidades da criança, do jovem e da família. Também assim consegui observar a atuação dos enfermeiros perante uma diáde de diferente cultura, nomeadamente no que respeita à comunicação estabelecida, sendo esta uma das principais barreiras existentes.

Ao longo do estágio, gradativamente, observei, participei e prestei cuidados de forma autónoma nos diferentes postos de atuação do enfermeiro no SUP. No entanto, no que concerne à triagem, a minha intervenção nunca foi autónoma, pois, dado que se aplica o Sistema de Triagem de Manchester (STM), apenas os enfermeiros com formação específica o pode fazer.

A triagem é assegurada pela equipa de enfermagem e a classificação utilizada baseia-se no STM, o qual determina a gravidade dos sinais e sintomas referidos e observados, através do “(...) fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis) (...)” (DGS, 2015, p. 11), permitindo classificar os doentes “(...) numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (...)” (*Ibidem*, p. 11-12). No entanto, a fim de colmatar eventuais falhas que o STM tem, nomeadamente no que concerne à triagem de recém-nascidos, pela sua imunocompetência, e dado que este sistema de triagem não tem em consideração a idade da criança na atribuição de prioridades, está estabelecido, naquele hospital, que para crianças até um mês de idade se atribui pulseira laranja e para crianças de um mês e um dia até três meses atribui-se pulseira amarela. Para que esta atribuição seja possível, o fluxograma tem de ser manipulado, nomeadamente através da avaliação da dor até se obter a categoria desejada.

Para que pudesse desenvolver as competências **E1.1.**, em que o EEESCJ “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem” (OE, 2010b, p. 3) e **E3.3.**, em que “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (*Ibidem*, p. 5), neste contexto em particular, e em especial na triagem, necessitei de desenvolver competências para comunicar com a criança, o jovem e a família tendo em conta a sua idade e desenvolvimento, mas com especial interesse pela entrevista direcionada para o

motivo de ida ao SUP, uma vez que em situações de urgência é frequente os pais/acompanhantes se dispersarem no seu discurso, não se centrando no motivo pelo qual recorreram à urgência, sendo necessário que o enfermeiro disponha de técnicas de comunicação que lhe permitam dirigir a entrevista. Ramos (2009) refere que em contexto de cuidados de saúde multiculturais, é fundamental desenvolver cuidados culturalmente competentes, que passam, necessariamente, pelas competências comunicacionais, nomeadamente no desenvolvimento da empatia, congruência, autoconhecimento, descobrir e compreender as normas e os valores das outras culturas, e evitar julgamentos precipitados, entre outros.

É na triagem que se estabelece o primeiro contato entre a criança, o jovem e a família com os profissionais de saúde pelo que a rápida identificação de sinais de alarme é fundamental nesta fase, pois, como referido anteriormente, é nesta altura que se estabelece a prioridade no atendimento de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas apresentados. No entanto este “olho clínico”, que advém da experiência e dos conhecimentos dos enfermeiros, é fundamental no decorrer do período de permanência das crianças e dos jovens no SUP, pois a instabilidade e a possibilidade de surgirem novos sinais e sintomas, que podem ocorrer a qualquer instante, exigem uma rápida intervenção.

No sentido de ver cumprida a competência **E2.1.**, em que o EEESCJ “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2010b, p. 4), durante este período, acompanhei o maior número de casos possíveis que me permitissem aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para identificar rapidamente focos de instabilidade, de forma a intervir atempadamente em situações futuras.

Apercebi-me, no entanto, que muitas das queixas que levaram à admissão no SUP não necessitavam de ser atendidas em ambiente hospitalar, num contexto de urgência, facto este apoiado por Pereira et al. (2001) ao referir que a superlotação nos serviços de urgência é uma grande preocupação, apontando como principal fator associado a essa superlotação o uso inadequado deste serviço, com problemas não urgentes. No entanto “(...) constata-se que o SU constitui, cada vez mais, o primeiro e muitas vezes o único local de recurso das populações em situação de doença recente, independentemente do seu carácter de urgência” (Leite

& Faria, 2009, p. 171). Esta realidade é igualmente verificada, conforme salienta Bäckström (2009), na população imigrante independentemente do seu estatuto legal.

Neste contexto, recentemente, e com o objetivo de “(...) orientar de forma adequada o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no SNS” (Despacho nº 4835-A/2016, 2016, p.11816-(2)), a Lei do Orçamento de Estado para 2016 promove a dispensa da “(...) cobrança de taxas moderadoras no âmbito das prestações de cuidados de saúde que sejam objeto de referenciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários e pelo Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde”, o que é condicente com o PNS, o qual, tendo como um dos eixos prioritários a cidadania em saúde, indica que a nível individual o cidadão deve “promover a utilização racional e adequada dos serviços de saúde” (DGS, 2013a, p. 35), o que possibilita a melhor rentabilização dos serviços disponíveis e “(...) assim, criar condições para reduzir o número de situações não urgentes nos SU e dar uma melhor resposta nesses serviços aos efetivos episódios de urgência” (Despacho nº 4835-A/2016, 2016, p.11816-(2)).

Sendo a triagem o primeiro local de contato entre a tríade, a avaliação da dor é desde logo realizada, a qual é valorizada de imediato, no entanto saliento que apesar de haver uma correta avaliação da dor na triagem, verifiquei frequentemente lacunas na sua reavaliação e registo. Tendo em conta a multiculturalidade nas sociedades atuais, Espadinha & Santos (2012, p. 62) referem que “alguns grupos demonstram comportamentos e emoções de formas extravagantes em presença da dor, enquanto outros demonstram uma atitude estóica (...) estes comportamentos estão relacionados com os grupos de pertença, crenças, valores, imaginários, cultos e práticas que caracterizam a sua própria cultura”. Neste sentido, Jacob (2014) salienta a importância da adequação dos instrumentos de avaliação da dor em crianças e jovens referindo que os instrumentos que atendem às questões culturais são mais precisos na avaliação e promovem a sensibilidade cultural; como é o exemplo da escala de faces de Oucher, a qual apresenta seis faces que representam diferentes níveis de dor, contudo essas faces são de crianças, havendo disponíveis escalas de crianças caucasianas, hispânicas, africanas, asiáticas e indígenas (Beyer, Villarruel, & Denyes, 2009).

Na sala de tratamentos participei e prestei cuidados de saúde à díade, nomeadamente na realização de procedimentos, como colheitas de espécimes,

punções venosas, pensos, análise rápida da urina, administração de terapêutica, entubações, algalias, imobilizações e outros que se mostraram necessários, tendo especial atenção à aplicação de estratégias no alívio e controlo da dor, constatando que, sistematicamente, eram asseguradas de acordo com a idade da criança e do jovem, sendo as mais evidentes as estratégias de distração, relaxamento e conforto. No entanto, verifiquei inexistência de material didático adequado às diferentes faixas etárias para ser usado aquando da realização de procedimentos dolorosos, pelo que os enfermeiros recorrem diversas vezes aos objetos que os pais trazem, tais como brinquedos, livros ou equipamento informático, e à sua imaginação.

Neste sentido, vejo cumprida a competência **E2.2.** em que o EEESCJ “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010b, p. 4), nomeadamente através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio e controlo da dor.

Os colegas deste serviço estão sensíveis à importância dos cuidados culturalmente competentes, tendo já constituído, na sua equipa, um grupo de trabalho que aborda, periodicamente, questões relacionadas com a multiculturalidade nos cuidados de enfermagem. Não obstante, tive, desde cedo, a oportunidade de fazer sessões de formação informais aos pares acerca de diferentes questões dos cuidados culturalmente competentes, contribuindo no desenvolvimento do projeto que atualmente estão a implementar: criação e implementação de cartões de comunicação que visam diminuir a barreira linguística entre a diáde e os profissionais de saúde.

Durante o ensino clínico identifiquei diferentes nacionalidades, entre outras, a paquistanesa, indiana, guineense, angolana e chinesa, sendo que na maioria dos casos as crianças e os jovens nasceram em Portugal e/ou vieram muito pequenos. As culturas Islâmica e Hindu foram as mais expressivas durante este estágio.

No que concerne a aspetos culturais, em particular relacionado com a cultura islâmica, verifiquei, que um dos problemas levantados pelos colegas se refere à abordagem inicial destes indivíduos na admissão ao serviço de urgência, nomeadamente na triagem. A norma hospitalar para o SUP é que as crianças e os jovens possam estar permanentemente acompanhados por um adulto de referência mas, muitos dos muçulmanos que recorrem ao SUP solicitam um tratamento



diferenciado, no sentido em que pretendem que o acompanhamento seja efetuado pela mãe (enquanto cuidadora da criança ou do jovem) e pelo pai (enquanto tradutor pela barreira linguística identificada). Reconheci esta situação como problemática para a equipa de enfermagem, uma vez que interfere com o normal funcionamento do SUP. No entanto verifiquei, também, que os enfermeiros não compreendem as necessidades destas famílias, colocando obstáculos para a resolução das mesmas, havendo pouca disponibilidade para encontrar estratégias que visem não só o normal funcionamento do SUP mas também o respeito pelas necessidades do outro, nomeadamente as que se relacionam com aspetos culturais.

Relembro uma situação em que uma jovem recorreu com o pai ao SUP por disúria e febre. Ambos muçulmanos. Com antecedentes pessoais de infeção do trato urinário recorrentes (última há um mês), pelo que, sem consultar a díade, se decidiu efetuar cateterização vesical para colheita de urina. Aquando da realização do procedimento, o enfermeiro dirigiu-se à adolescente informando que iria realizar tal procedimento, sendo que o pai intercedeu pedindo que o enfermeiro fosse mais claro e, no fim de compreender o procedimento, recusou o mesmo.

Perante a situação referida, verifiquei diferentes lacunas na abordagem à díade, nomeadamente, e entre outros, não demonstrou competência cultural, pois não teve em conta as diferenças culturais, o que foi visível na relação estabelecida, em que a comunicação foi pouco eficaz: a verbal não foi perceptível e a não-verbal demonstrou o choque cultural, o que teria sido prevenido se o enfermeiro tivesse interesse por conhecer ou se já conhecesse a cultura em questão; não conseguiu prever que este procedimento pudesse de alguma forma colidir com os fundamentos da sua cultura, tal como apontam Purnell & Paulanka (2010, p. 127) “para as raparigas, em particular, a castidade e a decência são exigidas”. Neste caso não se verificou imposição cultural, uma vez que a recusa do procedimento foi atendida pelo enfermeiro, contudo noutra qualquer situação em que não tivesse sido recusado o procedimento, este teria sido efetuado mostrando ignorância cultural do enfermeiro como refere Leininger (2002). Ramos (2012) defende que o encontro cultural durante a prestação de cuidados pode conduzir a reações emocionais e comportamentais, nomeadamente de rejeição e abandono especialmente quando não há formação na área da comunicação e da interculturalidade.

Tendo em conta a cultura, foi-me apresentado outro caso, de uma família muçulmana que recorreu com um dos dois filhos ao SUP por apresentar um quadro de vômitos e diarreia. Para além dos sinais e sintomas descritos pela mãe, observou-se uma palidez muito acentuada, pelo que foi feita colheita de sangue, onde se detetou anemia ferropénica grave. Pela história clínica obtida, compreendeu-se que a anemia estaria provavelmente associada a carências alimentares, uma vez que a família é ovolactovegetariana e, apesar da criança ter 2 anos, esta apenas se alimentava de leite. Facto é que, “uma dieta vegetariana, se mal planeada, com défice de nutrientes ou com excesso de sal ou gordura, por ex., pode ser bastante prejudicial para a saúde (Silva et al., 2015, p. 18).

Alguns estudos apontados por Purnell & Paulanka (2010) indicam que o acesso aos serviços de saúde por parte dos muçulmanos fazem-se maioritariamente por motivo de doença e não por vigilância ou promoção da saúde. Ao se perceber que o irmão da criança, com 3 anos, se encontrava na sala de espera com o pai a aguardar as decisões clínicas relacionadas com o outro filho, detetou-se um momento chave para que o outro filho também fosse observado pelo médico, sendo sugerido aos pais que o inscrevessem no SUP, dada a possibilidade de ter as mesmas alterações, uma vez que segue o mesmo tipo de alimentação do irmão. Os pais aceitaram a sugestão e o mesmo diagnóstico foi confirmado.

Silva et al. (2015, p. 32) referem que, de acordo com dados da WHO, “(...) a deficiência em ferro é a deficiência nutricional mais comum no mundo (população vegetariana ou não vegetariana), afetando (...) particularmente mulheres jovens e crianças, sendo os seguidores de uma alimentação vegetariana muito restritiva os que apresentam um maior risco”.

Com estado nutricional claramente comprometido, os irmãos ficaram internados na UCI não só para administração de Óxido Férrico Sacarosado, mas também para avaliação do estado nutricional e para realização de ensinamentos acerca da alimentação, bem como da sua vigilância. O risco nutricional em pediatria é avaliado através da ferramenta de rastreio de desnutrição - *Strong Kids*, sendo que em crianças e jovens com risco nutricional classificado como médio ou elevado há necessidade de intervenção especializada. A especificidade deste caso encontra-se no cruzamento das carências alimentares com os princípios alimentares inerentes à própria cultura.

Enquanto futura EEESCJ o meu papel passa por manter um equilíbrio entre o respeito pelos hábitos e costumes do outro e o direito à vida e à qualidade de vida, com vista à adesão ao plano, neste caso alimentar, não só em ambiente hospitalar, mas também no domicílio, possibilitando assim a recuperação e manutenção do estado de saúde, tendo em conta a sua cultura.

“A adoção de um determinado tipo de dieta vegetariana está muitas vezes relacionada com os diferentes motivos que levam as pessoas a praticar este padrão alimentar (saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos)” (*Ibidem* p. 16). Nesta perspetiva e após explanadas as opções alimentares, e ponderarem os custos económicos inerentes à realização de uma alimentação ovolactovegetariana que não implicasse carências alimentares, os pais decidiram que o seu regime alimentar fosse semivegetariano, “(...) um padrão que apenas exclui a carne ou o pescado, ou alguém que apenas consome esporadicamente carne ou peixe” (*Ibidem*), aceite pela religião, introduzindo na alimentação as carnes brancas e adequando a dieta à faixa etária das crianças, nomeadamente com introdução de sopas e leite, uma vez que o que estavam a fazer não era o adequado.

Ao ter alta, as crianças foram encaminhadas para a consulta de Nutrição e Dietética, a fim de dar continuidade ao tratamento, uma vez que “a adequação desta “dieta” às várias fases do ciclo de vida, incluindo a infância, adolescência, gravidez, lactação, idosos e também desportistas, implica um bom planeamento e acompanhamento da mesma” (*Ibidem*, p. 6).

### **3.3. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN)**

O terceiro contexto de ensino clínico foi uma UCERN de um Hospital Privado em Lisboa. A escolha deste hospital teve por base a diversidade cultural dos clientes que a ele recorrem, mas com a *nuance* que esta população tem, habitualmente, condições socioeconómicas favoráveis, o que me permitiu ter uma visão mais alargada relativamente a esta realidade, uma vez que necessariamente as necessidades e expectativas são, também elas, diferentes.

Tal como anteriormente, defini objetivos para o presente estágio, nomeadamente **desenvolver competências de EEESCJ, de acordo com os quadros de referência, na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família**, com especial interesse na avaliação do desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro (RNP) e na promoção da vinculação.

Uma vez que esta não é a minha área habitual de intervenção e desconhecer as patologias e, inerentemente, os cuidados necessários, desde o início do estágio que fiz um levantamento, junto da enfermeira orientadora, dos problemas de saúde mais comuns na UCERN e desta forma iniciei pesquisa bibliográfica a fim de aprofundar conhecimentos e assim poder intervir.

Integrada na Unidade de Obstetrícia e Neonatologia (UON), a UCERN dispõe de cuidados intensivos e intermédios e de equipamentos necessários à prestação de cuidados diferenciados a RN que, pela sua situação clínica, necessitem de cuidados especiais ou intensivos no período neonatal. A UON abarca também o bloco de partos e obstetrícia.

Apesar de apenas ter definido primeiramente como atividade a observação dos cuidados de enfermagem prestados ao RN na UCERN, dado que durante o período de estágio a lotação deste serviço foi muito baixa, havendo mesmo turnos sem RN internados, aproveitei esses momentos para desenvolver competências relacionadas com o RN noutros contextos, nomeadamente no bloco de partos e na obstetrícia, a fim de ter uma melhor perceção do circuito da díade desde a admissão até à alta, das suas necessidades e preocupações.

Para que a minha prestação fosse mais eficaz tive interesse em mobilizar conhecimentos na identificação de sinais de instabilidade permitindo-me atuar antecipadamente, atualizando, igualmente, conhecimentos relativos ao suporte avançado de vida, desenvolvendo assim a competência **E2.1.**, em que o EEESCJ “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2010b, p. 4).

“O recém-nascido exige uma observação minuciosa e competente que assegure uma adaptação satisfatória à vida extra uterina” (Wheeler, 2014b, p. 244). Desta forma, após o nascimento, o RN é recebido pelo enfermeiro, que o leva para uma sala aquecida adjacente à sala de partos. Aí o neonatologista observa-o, e à sua adaptação à vida extrauterina através da avaliação do Índice de Apgar, “(...) o

qual tem por base a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritação reflexa e a coloração (...)” (*Ibidem*, p. 293); e o enfermeiro presta os primeiros cuidados, que comportam a remoção do excesso de líquido amniótico através de movimentos de secagem, os quais também têm como objetivo estimular o RN e aquece-lo, prevenindo-se a hipotermia; desobstrução das vias aéreas, muitas vezes recorrendo-se à aspiração ativa para remoção de fluidos aspirados no trabalho de parto, sendo que “cerca 6 a 10% dos RN necessitam de alguma forma de ajuda para a adaptação à vida extra-uterina, no entanto menos de 1% chegará a necessitar de reanimação avançada (compressões torácicas e fármacos)” (Oliveira et al., 2012, p. 1); observação física céfalo-caudal do mesmo; administração de Vitamina K, para a prevenção da doença hemorrágica do RN, e de vacinas; determinação do peso; identificação através de pulseiras para o efeito; vestir; e, por fim, contenção numa manta, limitando-lhe os movimentos, dando-lhe assim a sensação de limite de espaço à semelhança do útero materno, a fim de possibilitar uma melhor adaptação à vida extra uterina.

Após a prestação dos primeiros cuidados, o RN é levado até junto da mãe para que se estabeleça um contacto precoce. Esse vínculo também é incentivado no pai, sendo dada a oportunidade de, em situações favoráveis, prestar os primeiros cuidados, no bloco de partos, nomeadamente vestir o RN e levá-lo junto da mãe. Neste sentido, Wheeler (2014, p. 266) refere que “estudos sobre a vinculação materna sugerem que o recém-nascido tem maior capacidade de focar o olhar e coordenar movimentos na primeira hora de vida do que em qualquer outro momento dos dias seguintes”. Posteriormente, em condições favoráveis, vai para a obstetrícia onde é feito o recobro e iniciado o aleitamento materno e posteriormente os diversos ensinamentos.

Analisando a minha observação dos cuidados imediatos prestados ao RN, percebi que existem algumas diferenças dependendo da formação que a enfermeira tem, nomeadamente entre especialistas em Saúde Infantil e Pediatria e especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, uma vez que as primeiras primam pelos cuidados ao RN e as segundas à mulher, havendo necessariamente diferenças, nomeadamente pelo interesse na vinculação precoce e observação do RN.

No entanto nem todas as situações são favoráveis e por isso alguns dos RN são internados na UCERN, uma vez que há bebés que necessitam de cuidados

mais diferenciados e de maior vigilância por diferentes motivos, entre eles por necessitarem de maior vigilância no pós-parto imediato, normalmente por via aérea comprometida, ficando temporariamente numa incubadora com O<sub>2</sub>; por serem RNP com idade gestacional (IG) inferior a 34 semanas; por terem peso inferior a 1800gr; por apresentarem problemas de saúde em que necessitam de maior vigilância e de técnicas diferenciadas; por necessitarem de realizar fototerapia; ou por outros problemas.

A WHO (2015) entende por RNP aqueles que nasçam antes das 37 semanas de gestação estarem completas e podem ser diferenciados em três categorias de acordo com a IG: **extremamente prematuros** – IG inferior a 28 semanas; **muito prematuros** – IG superior ou igual às 28 semanas e inferior a 32 semanas; e **prematuros limite** – IG superior ou igual a 32 semanas e inferior a 37 semanas.

Askin & Wilson (2014, p. 332) referem que os RNP com idade gestacional compreendida entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias “(...) podem ser capazes de fazer uma transição eficaz da vida intrauterina para a extrauterina; no entanto estas crianças (...) permanecem em risco para problemas relacionados com alimentação, neurodesenvolvimento, termorregulação, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, sépsis e função respiratória”.

A fim de desenvolver a competência **E3.1.**, em que o enfermeiro “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010b, p. 5), objetivo este que advém do continuar do percurso formativo realizado, em que desenvolvi competências na avaliação da criança e do jovem nos CSP, pretendi, por seu turno, neste contexto, **adquirir esta competência mas na avaliação do desenvolvimento do RNP**, definindo-a como um dos objetivos específicos para este local.

Assim sendo, iniciei a minha experiência por observar os cuidados de enfermagem prestados ao RN e à família, admitida na UCERN, e posteriormente participei e prestei alguns cuidados de enfermagem, de forma autónoma, sendo que, no que concerne à avaliação do desenvolvimento do RNP efetuei avaliações físicas, constatando que os RNP apresentam características que lhes são próprias e bem descritas na literatura, como a pele fina e rosada, com a rede venosa visível, apresentam lanugo abundante, a cartilagem do pavilhão auricular é macia, flexível e pouco desenvolvida, as plantas dos pés e as palmas das mãos têm apenas rugas finas e, entre outros, os genitais ainda não estão completamente desenvolvidos.

Avaliei o choro, a vitalidade, a postura, o tónus muscular e, também, os reflexos primitivos do RNP, nomeadamente o de sucção e deglutição, sendo que, de acordo com Askin & Wilson (2014, p. 341) “(...) a coordenação destes reflexos só está presente entre as 32 e as 34 semanas de gestação, e não estão completamente sincronizados até as 36-37 semanas”, não estando coordenado com a respiração até às 37 semanas de gestação (Scher, 2015). Também outros reflexos foram pesquisados, nomeadamente o de Moro, preensão palmar e plantar e o tónico do pescoço sabendo-se que

o reflexo de Moro aparece entre 28 e 32 semanas de idade gestacional e é bem estabelecido na semana 37 (...). A preensão palmar também aparece na 28ª semana de idade gestacional, torna-se bem estabelecida na 32ª semana (...). O reflexo tónico do pescoço não aparece até à 35ª semana de idade gestacional (...) (*Ibidem*, p. 489)

O EEESCJ, na sua avaliação do desenvolvimento encontra nos reflexos primitivos um instrumento valioso na apreciação do desenvolvimento neurológico do RNP. O facto de ser RNP implica que não haja ainda uma completa maturação do sistema nervoso central, o qual irá permitir “(...) além da inibição da atividade reflexa primitiva (...), o desenvolvimento das reações de retificação, de proteção e de equilíbrio (atividade reflexa postural), o desenvolvimento intelectual e das funções sensoriais de forma harmónica e integrada” (Olhweiler, Silva, & Rotta, 2005, p. 294). Igualmente, dependendo da sua IG, os reflexos poderão estar ou não presentes mas, no último caso caracterizam-se essencialmente por serem mais débeis do que nos recém-nascidos de termo, devendo por isso ser “valorizados em função da idade gestacional, idade cronológica e estado de sono-vigília” (Martins, Mendonça, Pinto, Serrano, & Cabra, 2013, p. 4), sendo que “os resultados anormais no teste de reflexos primitivos geralmente envolvem a assimetria reprodutível ou a resposta incompleta ou exagerada de um reflexo” (Scher, 2015, p. 489).

O planeamento de um filho é geralmente um momento de muita expectativa, em que se idealiza um bebé saudável e perfeito, no entanto, quando o bebé real não corresponde ao idealizado, geram-se sentimentos que implicam muitas vezes pouca disponibilidade para cuidar do RN, transmitindo alguma insegurança, revolta, angústia e incapacidade de desenvolver o seu papel adequadamente, facto corroborado por Wheeler (2014, p. 247) quando refere que “a proximidade do bebé imaginado com o bebé real influencia o processo de vinculação”. O mesmo autor

defende ainda que “quando uma criança está doente, a separação física necessária parece ser acompanhada de um distanciamento emocional dos pais, que pode prejudicar seriamente a sua capacidade parental” (*Ibidem*, p. 357).

Atualmente os cuidados centrados na família assumem especial importância, compreendendo-se que a promoção da vinculação e da parentalidade são imprescindíveis. Contudo, vários são os fatores que podem influenciar de forma positiva ou negativa o desenvolvimento da vinculação, limitando a parentalidade, e, para além do referido, Mercer (2004) destaca a idade da mãe, condição socioeconómica, experiência do nascimento, condição social, personalidade, comportamento da criança e condição de saúde. Por sua vez, Wheeler (2014, p. 247) refere que “fatores como parto prolongado, a sensação de cansaço ou sonolência após o parto e problemas com a amamentação podem atrasar o desenvolvimento de sentimentos positivos iniciais face ao recém-nascido”.

Durante este percurso, verifiquei que os RN não apresentaram problemas de saúde que fossem à partida prolongar-se no tempo, como doenças congénitas, síndromes ou malformações, contudo, atendendo a que o bebé real não era o esperado, necessitando de cuidados especiais, associado aos sentimentos que se desenrolam com a vivência da gravidez e do parto, durante este período de estágio, na prestação de cuidados tive oportunidade de escutar as preocupações dos pais. Respondendo às suas dúvidas e receios, utilizando estratégias promotoras da esperança realista que os levasse a cuidar do seu filho apesar das fragilidades do mesmo pela sua condição atual de saúde, expondo sempre as potencialidades do RN e dando visibilidade aos ganhos contínuos que este mostrava, através da sua melhoria do estado clínico que se espelhava no ganho de peso, maior ingestão de leite, mais vitalidade, menor desorganização e maior conforto, o que teve influência nos pais e na disponibilidade destes para cuidar do RN.

Talvez por ser um hospital privado, apesar das competências técnicas e humanas do pessoal da unidade, o facto é que habitualmente os RN que ali nascem não apresentam problemas de saúde que os obriguem ao internamento, à excepção dos RN prematuros limite e/ou terem baixo peso, ficando nestes casos nos cuidados intermédios, sendo que os cuidados de enfermagem se relacionaram, durante este período, essencialmente com a adaptação do RN à vida extrauterina e com a **promoção da vinculação**, o que foi conducente com um dos objetivos



específicos que delinee para este estágio, a fim de desenvolver a competência **E3.2.**, em que o enfermeiro “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (OE, 2010b, p. 5). “Porque a vinculação envolve um processo recíproco de mudança, é importante a observação da interação entre os pais e o bebé” (Wheeler, 2014, p. 247), avaliei o desenvolvimento da parentalidade, envolvi os pais, de acordo com o seu desejo, nos cuidados ao RN, nomeadamente na higiene, conforto e alimentação, momentos ideais para estimular o contacto físico, no sentido de prover a descoberta das particulares individuais do bebé. Promovi o aleitamento materno, acompanhando e orientando a amamentação. Houve igualmente oportunidade de realizar orientação para os cuidados antecipatórios de forma a potenciar a saúde do RN.

Desta forma vi igualmente afirmada a competência **E1.1.** em que o EEESCJ “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem” (OE, 2010b, p. 3), nomeadamente através da procura sistemática de oportunidades para trabalhar em parceria com os pais, negociando o seu envolvimento nos cuidados, utilizando para isso estratégias motivadoras para o desenvolvimento de competências na assunção de papéis.

Para este ensino clínico defini igualmente como objetivo **conhecer as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas.**

No que concerne à aquisição de competências culturais, tive oportunidade de, em contexto de puerpério, pela elevada rotatividade de RN e pais, prestar cuidados ao RN e realizar ensinamentos diversos. Confirmei que grande parte das famílias provenientes doutros países (Angola, Moçambique, China, etc.) são habitualmente mais diferenciadas, com maior formação académica e melhores condições socioeconómicas e procuram Portugal no terceiro trimestre de gravidez e por cá ficam, segundo elas por dois ou três meses após o nascimento, sendo que vêm com visto de turista, tendo algumas delas seguros de saúde que cobrem parte das despesas, vindo outras por sua conta.

Tive oportunidade de conversar com famílias no internamento de obstetrícia, sendo a sua grande percentagem de origem africana. Apercebi-me assim das

semelhanças e diferenças entre culturas, nomeadamente quanto às mulheres de origem africana que são, na sua maioria, acompanhadas pela mãe ou sogra para a realização dos cuidados ao recém-nascido, uma vez que culturalmente, pela observação efetuada, são as avós que cuidam dos netos.

Percebi que a erva-príncipe, para o povo angolano denominado de Capim de Deus, é utilizado na medicina popular pelas puérperas através da aplicação do vapor na região genital e da água da infusão para banhos, pois os antigos “dizem que a mulher perde peso mais depressa, melhora do parto porque alivia os músculos e as dores e tem mais leite” (sic). De facto, compreendi após uma breve pesquisa que a erva príncipe “apresenta atividade farmacológica para vários distúrbios, tais como (...) antiespasmódico de tecidos uterinos (...), diurético, antialérgico e analgésico (...)” (Santos et al., 2009, p. 436). Apresenta igualmente “(...) atividades antimicrobianas e antifúngica” (*Ibidem*, p. 437) e também é um estimulante lácteo.

Houve mesmo quem na sua vinda para Portugal ponderasse trazer a planta na bagagem, mas porque esta seca e não tem a mesma eficácia, não o fizeram. Após conversa com a equipa de enfermagem e médica e ponderarmos que esta prática não traria qualquer influência negativa na recuperação destas mulheres, podendo até ter benefícios, informei que em Portugal a planta Capim de Deus é conhecida por erva príncipe e onde poderiam adquirir as folhas frescas para que pudessem adequar os cuidados aos seus costumes.

No que respeita aos cuidados ao coto umbilical, foi-me explicado que tradicionalmente utilizam a seiva da Cassoneira em torno do coto, numa aplicação por dia até cair e, a partir daí, fazem a limpeza com álcool, aplicam violeta genciana e, por fim, pó de talco. Por desconhecer esta prática tive, igualmente, necessidade de aprofundar conhecimentos relativamente à mesma e compreendi que o uso desta seiva é controverso, pois apesar de apresentar, de facto, propriedades antimicrobianas, esta é extremamente corrosiva e tóxica, podendo, em contato com a pele causar queimaduras graves (Oliveira & Evangelista-Coimbra, 2014). Por seu turno o uso de pó de talco não se encontra atualmente recomendado dado o risco de aspiração do pó ser uma realidade.

Perante esta informação, transmiti a mesma à mãe e avó da criança, explicando, então, que atualmente se privilegia o método *dry care*, ou seja manter o coto umbilical limpo e seco, sem utilização de soluções desinfetantes, uma vez que

“tem a mesma eficácia que a aplicação de anti-sépticos, evidenciando os estudos que estes aumentam o tempo de queda do cordão comparativamente àqueles em que não é utilizado qualquer produto”. No entanto salvaguardei que há autores a defender que “(...) em comunidades em que existe alta prevalência de microorganismos causadores de onfalite, tétano neonatal e bactérias multirresistentes o método dry care não será o mais adequado, podendo ser necessário a opção por um soluto antimicrobiano” (Luis, 2014), evidenciando a importância de aferir junto do pediatra a melhor técnica de limpeza e desinfecção tendo em conta o país de origem.

Constatei que as famílias se mostraram muito recetivas à minha abordagem, no sentido de querer saber mais sobre os seus hábitos e costumes, expressando sentirem a valorização da sua cultura, mostrando-se igualmente disponíveis para a partilha de informação e aquisição de conhecimentos, desde que fossem melhores para o RN. Com estas intervenções desenvolvi a competência **E3.3.**, em que o enfermeiro “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010b, p. 5), a **A2.1.**, em que o enfermeiro “promove a protecção dos direitos humanos” (OE, 2010a, p. 5), nomeadamente através do “(...) respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido” (*Ibidem*) e a competência **B3.1.** na qual “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo” (*Ibidem*, p. 7) particularmente através da promoção da “(...) sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo” (*Ibidem*) e do envolvimento da “(...) família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas” (*Ibidem*).

Finalmente, e também no âmbito dos cuidados culturalmente competentes, identifiquei, juntamente com a enfermeira orientadora, a necessidade da UCERN na tradução do instrumento de trabalho – Autoavaliação das competências parentais nos cuidados ao RN – para a língua inglesa e francesa pois, quando têm famílias de diferentes nacionalidades que não dominam o português este instrumento não é aplicado, comprometendo os cuidados e a qualidade dos mesmos, visto que com ele se pretende avaliar as competências parentais para as diferentes atividades de vida

diárias no cuidado ao RN. Assim pretendi proteger os direitos humanos, conforme competência **A2.1.** particularmente no reconhecimento e respeito pelos direitos dos outros, nomeadamente no acesso à informação a fim de manter cuidados efetivos, mesmo quando confrontados com diferentes valores (*Ibidem*).

### **3.4. Internamento de Pediatria Médica**

A minha prática diária de cuidados é desenvolvida numa unidade de pediatria médica de um hospital em Lisboa, que pela sua especialidade é um hospital de referência que recebe crianças e jovens com doença renal crónica (DRC) da área de Lisboa e Vale do Tejo, Sul, Ilhas e, também, aqueles que vêm ao abrigo de acordos de cooperação no âmbito da saúde, nomeadamente dos PALOP.

Para concretizar este ensino clínico pensei ser importante ter uma perspetiva de outro hospital que tem a mesma especialidade médica para a mesma população alvo – crianças e jovens – e que trabalha nas mesmas condições no que respeita os cuidados a doentes oriundos dos PALOP. Assim, este ensino clínico dividiu-se entre os dois hospitais, sendo que o primeiro contexto teve uma curta duração, por ser idêntico ao meu.

Com o intuito de confrontar as práticas de enfermagem, durante este período observei e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta a cultura da criança, do jovem e da família e a importância desta para a sua satisfação, aproveitando este momento para comparar práticas no cuidado à díade com DRC, por forma a potenciar a melhoria dos cuidados prestados no meu serviço.

Pareceu-me importante compreender a dinâmica dos enfermeiros, nomeadamente no que concerne aos recursos existentes e ao encaminhamento efetuado no contexto das diferentes culturas, mobilizando assim competências culturais, nomeadamente a competência **E3.3.**, em que o EEESCJ “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010b, p.5). Intei-me acerca dos diversos recursos que os pais dispõem, identificado que são transversais ao meu local de trabalho, como o serviço social que se articula não só com a família, mas também com diferentes recursos da comunidade, nomeadamente instituições de acolhimento, embaixadas, associações

e fundações. Também se articulam com diferentes representantes religiosos, tendo em conta os valores religiosos de cada diáde, havendo apenas no primeiro hospital um mediador cultural, no entanto apenas direcionado para a cultura cigana. Relativamente ao meu contexto de trabalho apesar de não existir mediadores socioculturais, para colmatar este facto, o serviço social articula-se com diferentes organizações existentes na comunidade, nas quais existem mediadores, solicitando-se a sua presença no hospital sempre que se verifique oportuno.

Igualmente verifiquei que no acolhimento efetuado à diáde, em ambos os locais, se considera a cultura como elemento integrante da identidade da pessoa, no entanto verifiquei, por diversas vezes, desconhecimento sobre qualquer hábito ou costume inerente à cultura de cada um, nomeadamente aqueles que interferem com os cuidados prestados e a qualidade dos mesmos, como alguns interditos que têm a sua origem em valores religiosos, destacando as restrições alimentares e as transfusões sanguíneas.

Constatee, também, desconhecimento dos dois serviços relativamente aos recursos existentes na comunidade, nomeadamente do CNAI e, no primeiro contexto, a existência de uma linha de tradução telefónica. No entanto, apesar de no meu contexto haver conhecimento deste serviço, em ambos os locais observei que recorrem a alternativas pouco adequadas para ultrapassarem a barreira linguística.

Foi evidente, durante este período, que o acompanhamento de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas é uma realidade, salientando-se, no âmbito da DRC os oriundos dos PALOP, principalmente por intermédio de acordos de cooperação, mas também outros como os indianos ou ciganos, o que é transversal ao meu local de trabalho.

Por seu turno, para o meu contexto de trabalho, já com conhecimentos adquiridos enquanto futura EEESCJ, tive por objetivo **desenvolver competências de referente nas questões relacionadas com os cuidados culturalmente competentes**, a fim de proporcionar cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família, e significativos, tendo em conta a sua cultura.

Para isso observei os cuidados de enfermagem prestados a fim de compreender as práticas dos profissionais perante uma criança, uma diáde de diferente cultura, para que pudesse assim sistematizar as necessidades formativas

dos pares, orientando-os para a importância dos cuidados culturalmente competentes.

Desta forma identifiquei que as colegas, apesar de reconhecerem a importância de conhecer as diferentes culturas por forma a adequarem os seus cuidados às especificidades do outro, nomeadamente culturais, constatei que nem sempre o fazem. Exemplo disso é, no momento da admissão, a realização de uma entrevista que se verifica pouco abrangente, nomeadamente no que respeita aos fatores culturais, o que impede que os cuidados prestados sejam adaptados à singularidade da díade.

Afirmo, mais uma vez, que a língua é uma barreira na prestação dos cuidados, sendo que muitas vezes a família não domina a língua portuguesa, o que implica que as colegas desenvolvam estratégias para superar essas dificuldades, no entanto nem sempre são as mais adequadas uma vez que maioritariamente referem utilizar como tradutores as crianças quando estas, já residentes em Portugal a frequentar o ensino português, compreendem ou dominam a língua portuguesa. Purnell & Paulanka (2010) salientam que as crianças não deverão ser recurso na tradução para a família, uma vez que pode influenciar negativamente a dinâmica familiar e também potenciar a não transmissão da informação mais sensível; ou a outras pessoas não implicadas nos cuidados a esse cliente, habitualmente acompanhantes de outras crianças e jovens, que dominam ambas as línguas, o que levanta questões éticas relacionadas com a confidencialidade e proteção de dados. Desta forma saliento que é competência do enfermeiro especialista, nomeadamente a **A1**. “desenvolve[r] uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010a, p. 4), nomeadamente através do cumprimento do código deontológico, do qual saliento o Artigo 85.<sup>o</sup> - Do dever de sigilo.

Orientada pela OE no que respeita as competências comuns do enfermeiro especialista **A2.1.**, em que “gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (*Ibidem*, p. 5-6) e pelas específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e do adolescente, onde salienta que “a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, (...) no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do

cliente” (OE, 2010b, p. 1), surgiu a ideia de implementar cartões de comunicação, que estão criados, e alguns deles traduzidos em diferentes línguas (Anexo I). Contudo, dada a necessidade de garantir os direitos de autor, o mesmo foi contactado, dando aval para a sua utilização no serviço (Apêndice II).

A proposta apresentada à equipa foi de os cartões terem não só a língua traduzida, mas também a do país de acolhimento – português, pois “a aprendizagem da língua do país de acolhimento favorece a inclusão social (...) o seu conhecimento gera uma maior igualdade de oportunidades para todos, facilita o exercício da cidadania e potencia qualificações enriquecedoras para quem chega e quem acolhe.” (Alto Comissariado para as Migrações (ACM), n.d.-b, ¶ 4).

Em sequência, planeei e realizei uma formação em serviço, durante a passagem de turno, de forma a chegar a uma quantidade maior de pares a assistir à mesma, intitulada de “*Cuidar na Multiculturalidade em Pediatria*” (Apêndice III), onde tinha como objetivo geral estimular o desenvolvimento de competências culturais e, como específicos, prestar cuidados culturalmente competentes à díade; e propor a implementação de estratégias para a melhoria dos cuidados. Foi promovido um momento de discussão e partilha de experiências, sendo, no final, efetuada uma avaliação da sessão formativa, ficando evidenciados os contributos formativos aos pares. Também destaco a concordância da equipa de enfermagem na implementação dos cartões de comunicação na unidade.

Com a realização dessa sessão de formação pretendi desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista **D2.1.** em que se “responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2010a, p. 10), com o objetivo de promover “(...) a protecção dos direitos humanos” e “(...) um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo”, tal como orienta a competência comum de enfermeiro especialista **A2.1.** e **B3.1.** respetivamente (*Ibidem*, p. 5 e 7).

No final deste percurso darei início a um documento de consulta rápida acerca do cuidado culturalmente competente, legislação e informação acerca de diferentes culturas, que tem como objetivo ficar para consulta no serviço, para que os pares, ao consultarem-no, possam conhecer e compreender algumas das características das diferentes culturas e, assim, antecipar e adequar os seus cuidados. Este documento não será estanque na medida em que deverá ser dada continuidade ao longo do

tempo e do surgir de novas culturas ou, também, no enriquecimento daquelas que já estão abordadas.

De facto, diariamente, presto cuidados a uma população infanto-juvenil portadora, na sua maioria, de DRC, que, pela sua especificidade, depende de administração diária de terapêutica e, muitas vezes, da melhor tecnologia disponível, para a realização de tratamentos dialíticos diários.

A importância do controlo e gestão da doença crónica é fundamental, no entanto, quando esta ocorre na infância os cuidadores assumem um papel fulcral, pois necessariamente existe uma coresponsabilidade da gestão de doença, regime terapêutico e outros, o que implica um grande impacto nos estilos de vida e rotina familiar (OE, 2011). Assim, para uma gestão eficaz da doença crónica, é fundamental o envolvimento da díade, tendo em conta as suas necessidades e os seus desejos no processo de cuidar, marcado por princípios de parceria. A negociação assume especial importância para otimizar os conhecimentos e capacidades com vista ao desenvolvimento de competências parentais modificadas, adequadas às necessidades individuais da criança e do jovem, com o objetivo de, dentro das suas capacidades, tornar a família autónoma no cuidado à criança, facilitando assim a adaptação à doença e promovendo a harmonia familiar.

Analisando os dois contextos, tendo em conta a sua semelhança na patologia de base, constatei que o acompanhamento das crianças, dos jovens e das famílias, no meu local de trabalho se mostrou mais efetivo uma vez que o serviço engloba não só o internamento, mas também o hospital de dia e a VD por intermédio da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, sendo que a equipa que constitui estas três valências é a mesma e, por isso, o acompanhamento torna-se mais individualizado, na perspetiva em que, sendo uma equipa pequena, se consegue o acompanhamento regular de todas as crianças e todos os jovens pelos diferentes elementos da equipa. O facto de a díade ser acompanhada noutros contextos, que não só o internamento, permite aos enfermeiros terem uma melhor perceção das reais necessidades da díade, ajustando assim os seus cuidados. A VD permite, acrescidamente, ter uma noção da díade na sua globalidade, nomeadamente da forma como esta se insere e interage na sociedade de acolhimento, integração das crianças e dos jovens no ambiente escolar, condições habitacionais, despiste de



situações de risco e outras, o que é conducente com o International Council of Nurses (2010, p. 35) o qual refere que

os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e (...) carecem de aptidões de auto-cuidado para gerir problemas em casa, associadas a um cuidado e tratamentos proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações (...) possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem (...).

Face ao exposto, pretendo continuar a desenvolver diferentes competências: a **E1.1.**, **E2.5.** e **E3.2.** em que o enfermeiro especialista “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem”, “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” e “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”(OE, 2010b, p. 3 - 5), não esquecendo no entanto que para que a minha intervenção seja significativa é fundamental **E3.3.** “comunica[r] com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (*Ibidem*, p.5).

Crianças e jovens com DRC podem apresentar um crescimento e desenvolvimento comprometido, tal como nos indicam Clapp, Bevington, & Smith (2012) ao referir que crianças que nasceram com DRC apresentam pelo menos 25% de atraso no desenvolvimento incluindo defeitos no QI, tempo de reação, memória, percepção visual, raciocínio, desenvolvimento da linguagem e nas habilidades motoras. Rodig et al. (2014) acrescentam ainda que a etiologia do atraso no crescimento da criança com DRC é multifatorial, incluído o início da doença, estágio, alterações metabólicas, osteodistrofia renal e resistência à hormona de crescimento. Desta forma, e enquanto EEESCJ estando alerta para esta predisposição, compete-me acompanhar o crescimento e desenvolvimento destas crianças e destes jovens, seguindo os instrumentos mais adequados para o efeito e encaminhá-los, sempre que se verifique oportuno, para outros profissionais de saúde, nomeadamente para o sistema nacional de intervenção precoce, desenvolvendo a competência **E3.1.** onde o EEESCJ “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010b, p.5).

Apesar da patologia de base ser a DRC, estas crianças, tal como todas as outras, e às vezes ainda com probabilidades acrescidas, estão sujeitas ao

desenvolvimento de outras doenças características da infância, mas também algumas decorrentes da sua doença de base, pelo que se torna fundamental ter conhecimentos abrangentes acerca de diferentes doenças comuns na infância, por forma a diagnosticar e intervir atempadamente, encaminhando para outros profissionais de acordo com os sinais e sintomas observados e com as suas necessidades, sendo que, de acordo com a competência **E1.2.** o EEESCJ “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (*Ibidem*, p.3). Tal como outras patologias, também a DRC manifesta situações de rápida instalação de instabilidade, pelo que igualmente o EEESCJ na competência **E2.1.** “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (*Ibidem*, p.4).

Síndromes raras estão algumas vezes na base da patologia renal, como é o exemplo a Síndrome de Pierson, no entanto, no dia-a-dia da prestação de cuidados também surgem outras doenças raras, pelo que o EEESCJ, de acordo com a competência **E2.3.** “responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (*Ibidem*), devendo estar desperto para a sua existência, aprofundando conhecimentos com o intuito de os prestar, encaminhando para diferentes elementos da equipa multidisciplinar sempre que se torne necessário.

Tendo em conta a prevenção de algumas doenças conseguidas através do cumprimento do plano de vacinação instituído, é fundamental, principalmente nas crianças e nos jovens provenientes dos PALOP, em que o cumprimento não é garantido, enquanto futura EEESCJ, é minha competência estar atenta aos seus planos e ao cumprimento da sua regularização, maioritariamente através do esquema vacinal em atraso ou tardio, tendo em conta a idade da criança e do jovem.

### **3.5. Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI)**

Para finalizar o percurso até então efetuado, tendo em conta a importância dos cuidados culturalmente competentes, identifiquei como necessário perceber as questões mais burocráticas associadas aos processos imigratórios, mais especificamente relacionadas com a saúde, tendo definido como objetivo **desenvolver competências de referente nas questões relacionadas com os**

**cuidados culturalmente competentes**, a fim de compreender a articulação do CNAI, no âmbito da saúde, com os serviços de saúde e comunidade.

Assim, o último estágio teve lugar no CNAI de Lisboa, local que reúne diferentes serviços que apoiam o imigrante durante o tempo que permanece em Portugal, qualquer que seja a sua situação. Para isso, este centro, reúne num único espaço, serviços de diferentes entidades públicas, como o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Segurança Social, a Autoridade para as Condições de Trabalho, a Conservatória dos Registos Centrais, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde; e também gabinetes de apoio ao imigrante, que são da responsabilidade do ACM, como o Apoio Jurídico, Apoio ao Reagrupamento Familiar, Apoio Social, Apoio ao Emprego, Apoio à Habitação e Apoio ao Imigrante Consumidor (ACM, n.d.-a).

Resultado da parceria entre o Alto Comissariado para as Migrações e o Ministério da Saúde surgiu o Gabinete da Saúde. Assim, tendo em conta o propósito do estágio em questão, acompanhei durante este período a enfermeira responsável por este gabinete do CNAI, a qual presta apoio, telefónico e presencial, a cidadãos estrangeiros que residem em Portugal independentemente do seu estatuto legal, articulando-se com as diferentes entidades integrantes do Centro e, também, da comunidade, com vista à resolução das diferentes assuntos, nomeadamente direitos e deveres no acesso à saúde, pedidos de apoio para aquisição de terapêutica, identificação e encaminhamento de situações que condicionam o acesso à saúde, tal como a recusa de prestação de cuidados de saúde, entre outros.

Neste gabinete também se “(...) desenvolve um trabalho de articulação sistemática com Hospitais, ACES, IPSS, ONGS, Consulados, CLAIS (...), Associações de Imigrantes e Juntas de Freguesia entre outros, no sentido de mediar situações problemáticas no acesso à saúde dos imigrantes, divulgar a legislação e quebrar barreiras” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo IP, n.d., ¶ 6), para que o acesso aos cuidados de saúde sejam, de facto, equitativos.

A formação é outra das áreas de influência do Gabinete da Saúde, na medida em que intervêm enquanto formadoras em temáticas relacionadas com a saúde dos imigrantes.

Esta curta passagem pelo CNAI foi importante para compreender o impacto que esta tem na sociedade imigrante, constatando, no âmbito da saúde, que muitos dos cidadãos encontram na enfermeira a pessoa de referência em Portugal no que

respeita a diferentes assuntos, mesmo quando não se relacionam com a saúde. Penso que isto se deve ao facto de ser um espaço pequeno, que é representado apenas por duas funcionárias, sendo que apenas uma é enfermeira, coordena o gabinete e está sempre presente, ao contrário dos outros serviços que são representados por vários profissionais, o que não facilita uma relação próxima com estes.

Com o intuito de me munir de conhecimentos que me permitissem desenvolver cuidados culturalmente competentes, pretendi, também, com esta passagem pelo gabinete da saúde, encontrar alternativas a situações que surgem no dia-a-dia durante a minha prestação de cuidados, nomeadamente percebi que o SEF dispõe de um programa, chamado de “SEF em Movimento”, o qual “(...) visa facilitar o relacionamento com os grupos populacionais vulneráveis e com constrangimentos de mobilidade para deslocação aos postos de atendimento (doentes, idosos, crianças (...))” (SEF, 2014, p. 59) contribuindo assim para a regularização da situação legal dos imigrantes e para a sua integração na sociedade de acolhimento. De facto, este serviço vem facilitar o processo de renovação dos vistos quando as crianças e os jovens estão internados e sem condições médicas para se ausentarem do hospital. Constatou, por isso, que o “SEF em Movimento” é uma mais-valia para a diáde que se encontra hospitalizada, agilizando assim as diligências necessárias para a manutenção de vistos válidos, diminuindo os processos e constrangimentos burocráticos e a permanência de forma irregular.

Também tive oportunidade de perceber que o gabinete da saúde se articula, eficazmente, com instituições que apoiam na dispensa de terapêutica em situações de carência económica, como Instituições Religiosas e Organizações Não Governamentais promotoras de saúde. Esta articulação é para o meu contexto importante, uma vez que, inúmeras vezes, as crianças e os jovens estão imenso tempo à espera, quando os pais não têm capacidade financeira, que as embaixadas comprem terapêutica que a farmácia hospitalar não dispõe ou que não é gratuita em ambulatório. Compreendi que no exercício da minha profissão posso encaminhar estas crianças e estes jovens para o gabinete da saúde a fim de acelerar o processo de compra e desta forma manter o estado de saúde do cliente, prevenindo assim descompensações. Este apoio também se pode estender ao acompanhante da criança, caso necessite de cuidados médicos.

De facto vários são os apoios que o gabinete da saúde dá, mas também o próprio CNAI tem ativos alguns mecanismos que são uma mais-valia para a minha prestação de cuidados em particular, entre eles, dou destaque ao Serviço de Tradução Telefónica, o qual abrange cerca de 60 línguas e, também da Linha SOS Imigrante, através da qual se prestam informações ou explicações relacionados com diferentes assuntos no âmbito da imigração.

Este estágio foi muito proveitoso, na medida em que pude inteirar-me de alguma da legislação em vigor, conhecer as necessidades dos imigrantes no âmbito da saúde, bem como entender como funciona, legalmente, o atendimento destes cidadãos tendo em conta a sua origem, o seu tipo de visto de entrada e a sua condição de permanência no país; e também da articulação feita com os diferentes serviços de saúde, tendo em conta os direitos e deveres dos cidadãos estrangeiros.

Assim, desenvolvi a competência comum do enfermeiro especialista, nomeadamente a **A1**, na qual “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010a, p. 4), nomeadamente através do cumprimento do código deontológico, do qual saliento o Artigo 84.º - Dever de informar (OE, 2005).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS**

O elevado fluxo migratório cada vez mais evidente por todo o mundo levou à necessidade emergente que os cuidados prestados fossem culturalmente competentes, sendo que associado à imigração surge também o processo de aculturação e as inúmeras barreiras, mais ou menos evidentes, e que influenciam a assistência de enfermagem e a qualidade da mesma.

A doença crónica pode implicar uma readaptação do quotidiano das crianças, dos jovens e das famílias, contudo essa readaptação é influenciada por diferentes fatores, entre eles os processos associados à imigração. Assim, compete aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, facilitar as diferentes transições experienciadas pela díade, por forma a facilitar a sua inclusão e integração na sociedade de acolhimento e assim obter ganhos em saúde.

As diferentes oportunidades de prestação de cuidados, com situações múltiplas que requereram diferentes abordagens e conhecimentos, conduziram, juntamente com o interesse acerca das diferentes culturas, ao desenvolvimento de competências para um cuidar culturalmente competente.

Nos diferentes campos de estágio verifiquei que os enfermeiros compreendiam a importância dos cuidados serem culturalmente competentes, no entanto constatei que a falta de competência cultural associada a diversas barreiras condicionaram a sua efetivação, o que implicou que eles não fossem realmente holísticos, comprometendo a sua qualidade e podendo levar a erros de diagnóstico, má adesão à terapêutica e/ou insatisfação dos utentes, entre outros problemas.

Concluo assim que cada vez mais se torna fundamental olhar para o outro tendo em conta a sua total dimensão, incluindo a cultural, na medida em que esta influencia o seu modo de estar na vida, de pensar, de ultrapassar as diferentes fases e adversidades com implicações na saúde e na sua manutenção e/ou recuperação. Desta forma torna-se premente que os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, desenvolvam competências nesta área do cuidar.

Relativamente ao percurso efetuado destaco que teria sido interessante ter tido como primeiro contexto de ensino clínico o CNAI, na medida em que os conhecimentos que adquiri neste contexto poderiam ser também aplicados e

desenvolvidos nos restantes estágios, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados.

Tendo desenvolvido competências culturais durante este período, ser elemento de referência nas questões relacionadas com os cuidados culturalmente competentes no meu serviço fez parte dos meus objetivos e tornou-se uma realidade, pelo que ao longo do estágio e no futuro serei responsável pela orientação do tema, fazendo formação em serviço nesta área, de forma regular. Neste sentido está em construção um *dossiê* temático acerca das diferentes culturas, com legislação de suporte e outros documentos pertinentes.

Idealizo, também, desenvolver um programa de melhoria da qualidade dos cuidados culturalmente competentes, prevendo analisar das práticas. Desta forma, tendo em conta os cuidados prestados, poderá reduzir-se e/ou eliminar-se barreiras, nomeadamente aquelas que contribuem para as desigualdades.

Este relatório contribuiu não só para a consolidação de competências, nomeadamente de EEESCJ, em particular no que concerne aos cuidados culturalmente competentes; mas também da perceção da necessidade de desenvolver e abordar sistematicamente esta temática numa perspetiva de melhoria constante dos cuidados prestados, assente na prática crítico-reflexiva.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais* (2ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo IP. (n.d.). Gabinete de Saúde da ARSLVT no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI). Acedido a 15 de Fevereiro de 2016, disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/266>
- Alto Comissariado para as Migrações. (n.d.-a). Centro Nacional de Apoio ao Imigrante - História do CNAI. Acedido a 15 de Fevereiro de 2016, disponível em <https://www.portaldocidadao.pt/web/alto-comissariado-para-as-migracoes/centros-nacionais-de-apoio-ao-imigrante-cnai->
- Alto Comissariado para as Migrações. (n.d.-b). Português para Todos (PPT). Acedido em 15 de Fevereiro de 2016, disponível em <http://www.acm.gov.pt/-/programa-ppt-portugues-para-todos>
- Andrade, I. (2008). *Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa [Teses: 21]*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Andrews, M., & Boyle, J. (2012). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (6ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 331–411 Vol I). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Bäckström, B. (2009). *Saúde e imigrantes - As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa [Teses: 24]*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Berry, J. (2004). Migração, Aculturação e Adaptação. In S. DeBiaggi & G. Paiva (Eds.), *Psicologia, e/imigração e cultura* (pp. 29–46). São Paulo: Casa do Psicólogo.



- Beyer, J., Villarruel, A., & Denyes, M. (2009). THE OUCHER: User's Manual and Technical Report. Acedido a 10 de Março de 2016, disponível em [http://www.oucher.org/downloads/2009\\_Users\\_Manual.pdf](http://www.oucher.org/downloads/2009_Users_Manual.pdf)
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges* (20th ed.). World Health Organization.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2015). *Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa 2015-2017* (Vol. 1). Lisboa.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., Paniz, V. M. V., & Soares, P. C. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 1069–1079. Acedido a 11 de Janeiro de 2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a39v16s1.pdf>
- Castro, E. K. de, & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 15(3), 625–635. Acedido a 20 de Janeiro de 2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a16v15n3.pdf>
- Clapp, E., Bevington, A., & Smith, A. (2012). Exercise for children with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Pediatric Nephrology*, 27(2), 165–172. <http://doi.org/10.1007/s00467-010-1753-1>
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2014). Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: Análise segundo o Método Sintético de McEwen e Wills. *REVISTA Da UIIPS*, 2(5), 128–145. Acedido a 11 de Abril de 2016, disponível em [http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS\\_N5\\_Vol2\\_ESSS\\_2014.pdf](http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf)
- Dantas, R., Rossi, L., Costa, M., & Vila, V. (2010). Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 23(2), 163–168. <http://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200002>
- Despacho n.º 25 360/2001. (2001). *Acesso de cidadãos estrangeiros aos Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República 2ª Série, N.º 286 (12-12-2001). 20597-20598.
- Despacho n.º 4835-A/2016. (2016). *Atendimento prioritário*. Diário da República 2ª

- Série, N.º 69 (08-04-2016). 11816(2).
- Direção-Geral de Saúde. (2009). *Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. (Circular Informativa N.º12/DQS/DMD). Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Clarificação de procedimentos relativos a doentes que recebem assistência médica no Serviço Nacional de Saúde ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP*. (Orientação N.º 066/2011). Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde. (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. (Norma n.º 010/2013, Ed.). Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde. (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. (Número 002/2015).
- Espadinha, A., & Santos, V. (2012). Conceito e vivência da dor: Perspectiva transcultural. *Journal of Aging and Innovation*, 1(5), 55–68. Acedido a 13 de Abril de 2016, disponível em <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-5-2012/conceito-e-vivencia-da-dor/>
- Henriques, M. (2010). *Argumentos para uma viagem sem regresso - A imigração PALOP por via da saúde: um estudo de caso [Teses: 32]*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 1 – 20 Vol I). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *A População Estrangeira em Portugal - 2011*. Lisboa.
- International Council of Nurses. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- International Council of Nurses. (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 188–239 Vol I). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lei n.º 48/90. (1990). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República 1ª Série, N.º 195 (24-08-1990). 3452-3459.
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (2ª ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Leininger, M. (2002). Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. In M. Leininger & M. McFarland (Eds.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (3ª ed., pp. 3–43). Michigan: McGraw-Hill, Medical Publishing Division.
- Leite, F., & Faria, C. (2009). Readmissões não previstas após alta da unidade de internação de curta duração de um serviço de urgência pediátrica em Viseu, Portugal. *Scientia Medica*, 19(4), 170–175. Acedido a 11 de Abril de 2016 disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/5835/7792>
- Luis, S. (2014). *Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações Para a Prática Clínica Da Saúde Mental Infantil e Juvenil Nos Cuidados De Saúde Primários*. Ministério da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 18 de Outubro de 2016, disponível em file:///C:/Users/Bonus/Downloads/i015903.pdf
- Martins, L., Mendonça, C., Pinto, F., Serrano, A., & Cabra, P. (2013). Recém-Nascido Hipotónico – Algoritmo de Orientação Diagnóstica. Acedido em 12 de Dezembro de 2015, disponível em [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-RN\\_hipotonico.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-RN_hipotonico.pdf)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000).

- Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Migrant Integration Policy Index. (2015a). Overall Score (With Health), 2014. Acedido em April 1, 2016, disponível em <http://www.mipex.eu/play/>
- Migrant Integration Policy Index. (2015b). What is MIPEX. Acedido a 1 de Abril de 2016, disponível em <http://www.mipex.eu/what-is-mipex>
- Migrant-Friendly Hospitals. (2005). *Project Summary: Migrant-Friendly Hospitals Project*. Austria.
- Nóbrega, V. M. Da, Collet, N., Silva, K. L. da, & Coutinho, S. E. D. (2010). Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 431–440. <http://doi.org/10.5216/ree.v12i3.7566>
- Olhweiler, L., Silva, A. R. da, & Rotta, N. T. (2005). Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2-A), 294–297. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000200017>
- Oliveira, B., & Evangelista-Coimbra, C. (2014). Euphorbia Tirucalli: No Tratamento Complementar do Câncer. *Revista UNINGÁ Review*, 20(3), 60–64. Acedido a 15 de Março de 2016, disponível em [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130\\_221543.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_221543.pdf)
- Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B. M., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., ... Pissara, S. (2012). Reanimação do Recém-Nascido de Termo na Sala de Partos. Acedido a 1 de Dezembro de 2015, disponível em [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Reanima%C3%A7%C3%A3o RN Termo Sala de Partos.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Reanima%C3%A7%C3%A3o%20RN%20Sala%20de%20Partos.pdf)
- ONU. (1949). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Acedido a 30 de Abril de 2016, disponível em <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos*

- Comentários à Análises dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. 2). OE.
- Pereira, S., Silva, A. O. e, Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., ... Freitas, A. F. de. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580–586. <http://doi.org/10.1067/mem.2001.114306>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). *Cuidados de Saude Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente* (3rd ed.). Londres: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças - Psicologia Da Saúde*, 17(1), 1–11. Acedido a 22 de Abril de 2016, disponível em [http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3127/1/NRamos\\_Sude\\_e\\_direitos\\_humanos.pdf](http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3127/1/NRamos_Sude_e_direitos_humanos.pdf)
- Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS*, 6(4). <http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República 2ª série, N.º 119 (22-06-2015). 16660-16665.
- Rodig, N. M., McDermott, K. C., Schneider, M. F., Hotchkiss, H. M., Yadin, O., Seikaly, M. G., ... Warady, B. a. (2014). Growth in children with chronic kidney disease: a report disponível em the Chronic Kidney Disease in Children Study. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 29, 1987–1995. <http://doi.org/10.1007/s00467-014-2812-9>

- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203–221. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>
- Sanders, J. (2014). Cuidados em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 1025–1060 Vol II). Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Santos, A., Paduan, R. H., Gazin, Z. C., Jacomassi, E., D'Oliveira, P. S., Cortez, D. A. G., & Cortez, L. E. R. (2009). Determinação do rendimento e atividade antimicrobiana do óleo essencial de *Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf em função de sazonalidade e consorciamento. *Brazilian Journal of Pharmacognosy*, 19(2 A), 436–441. <http://doi.org/10.1590/S0102-695X2009000300017>
- Scher, M. (2015). Distúrbios Neurológicos do Feto e do Recém Nascido. In A. Fanaroff & J. Fanaroff (Eds.), *Klauss & Fanaroff: Alto Risco em Neonatologia* (6th ed., pp. 469–516). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2014). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2014*. Barcarena.
- Silva, A., & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. In S. Dias (Ed.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* (Vol. 1, pp. 155–160). Lisboa: ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP. Acedido a 01 de Novembro de 2015, disponível em [http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1\\_completo.pdf/f28ef636-39d0-48fa-9697-00b795fc8c7f](http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_completo.pdf/f28ef636-39d0-48fa-9697-00b795fc8c7f)
- Silva, S., Pinho, J., Borges, C., Santos, C., Santos, A., & Graça, P. (2015). *Linhas de orientação para uma alimentação vegetariana saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28. Acedido a 20 de Janeiro de 2016, disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=baae9d84-89cc-4e11-a1d1-f4117fca4ea3%40sessionmgr4002&hid=4214>

- Vieira, M. A., & Lima, R. A. G. de. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552–560. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692002000400013>
- Welch, A. (2004). Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5th ed., pp. 563–591). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wheeler, B. (2014a). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente2* (9th ed., pp. 240–293). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wheeler, B. (2014b). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e sa Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente2* (9th ed., pp. 240–293). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment. Acedido em 14 de Janeiro de 2016, disponível em [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/)
- World Health Organization. (2014). Noncommunicable Diseases. Acedido em disponível em [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/)
- World Health Organization. (2015). Preterm birth. Acedido a 10 de Dezembro de 2016, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>

**ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **Cartões de comunicação**

## Child Daycase Operation



no breakfast



no food



no food



glass of water



arrive at hospital



hospital



reception

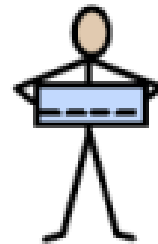


nurse

## Child Daycase Operation



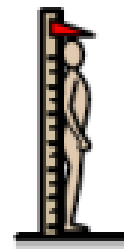
wristband



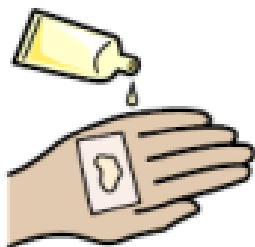
name



weight



height



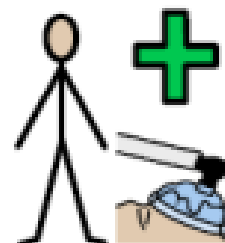
magic cream



doctor



examination



anaesthetist

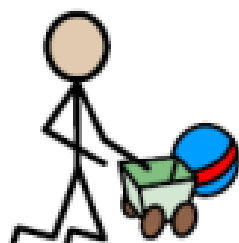
## Child Daycase Operation



wait



play specialist



play



nurse



medicine to drink



pills to swallow



tablets to swallow



medicine

## Child Daycase Operation



medicine



pills



tablets



syringe



pyjamas



hospital gown



anaesthetic room



lie down

## Child Daycase Operation



hospital trolley



face mask



breathe deeply



sleepy



cannula



medicine



sleep

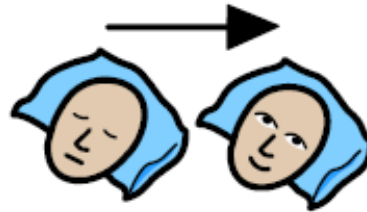


monitor

## Child Daycase Operation



being looked after



wake up



feel sore



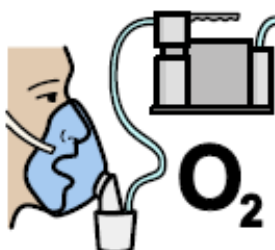
feel sick



medicine to drink



feel dizzy



oxygen mask



treat

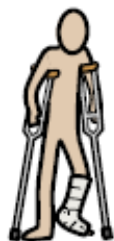
## Child Daycase Operation



medicine



bandage



plaster cast



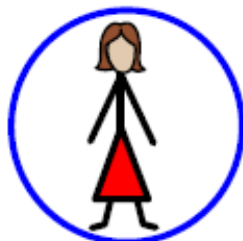
wound dressing



reward



family



mum



dad



## Child Daycase Operation



brother



sister



rest



eat



drink



doctors and nurses



time to leave



home

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Objetivos Gerais e Específicos para os Campos de Estágio**

**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)**  
**(28 de Setembro de 2015 a 23 de Outubro de 2015)**

**Desenvolver competências de EEESCJ, de acordo com os quadros de referência, na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família em contexto de vigilância e promoção da saúde.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p style="text-align: center;"><b>Prestar cuidados autónomos à criança, ao jovem e à família em contexto de vigilância e promoção da saúde.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação do circuito da criança, do jovem e da família na admissão à USF;</li> <li>• Observação, participação e orientação autónoma de consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil e vacinação;</li> <li>• Observação, participação de outras quaisquer atividades desenvolvidas pela EEESCJ;</li> <li>• Avaliação da dinâmica familiar;</li> <li>• Promoção de comportamentos promotores de saúde;</li> <li>• Identificação da existência (ou não) de sinais de alarme;</li> <li>• Programação da consulta de saúde infantil seguinte;</li> <li>• Identificação de temas de interesse para a USF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca do atendimento em contexto de vigilância e promoção da saúde;</li> <li>• Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem;</li> <li>• Relação com a tríade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação e/ou elaboração de <i>posters</i> e/ou folhetos;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)**  
**(28 de Setembro de 2015 a 23 de Outubro de 2015)**

**Desenvolver competências de EEESCJ, de acordo com os quadros de referência, na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família em contexto de vigilância e promoção da saúde.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p style="text-align: center;"><b>Adquirir competências na avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilização de conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil e juvenil, tendo como referencia a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> Modificada</li> <li>• Observação, participação e orientação autónoma de consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil;</li> <li>• Observação física e psicomotora cuidada da criança e do jovem;</li> <li>• Identificação da existência (ou não) de sinais de alarme;</li> <li>• Avaliação da dinâmica familiar;</li> <li>• Promoção de comportamentos promotores de saúde;</li> <li>• Orientação para os cuidados antecipatórios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca do desenvolvimento infantil;</li> <li>• Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Registo dos dados obtidos em local próprio (BSIJ e eBoletim);</li> <li>• Aplicar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> Modificada;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem;</li> <li>• Relação com os pais, crianças e jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação e/ou elaboração de <i>posters</i> e/ou folhetos;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)**  
**(28 de Setembro de 2015 a 23 de Outubro de 2015)**

**Conhecer as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Compreender as necessidades da tríade, no contexto da sua cultura.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da diversidade cultural existente;</li> <li>• Observação e participação nos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e à família tendo em conta a importância dos cuidados culturalmente competentes;</li> <li>• Observação da comunicação existente entre a tríade, no contexto das diferentes culturas;</li> <li>• Mobilização de competências culturais no que respeita as diferentes culturas identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ e do Jovem, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca das diferentes culturas identificadas;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Relação com os pais, crianças e jovens;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem;</li> <li>• Sessões de formação informais aos pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA (SUP)**  
**(26 de Outubro de 2015 a 13 de Novembro de 2015)**

**Desenvolver competências de EEESCJ, de acordo com os quadros de referência, na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família, admitida em contexto de urgência e emergência.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p style="text-align: center;"><b>Prestar cuidados à criança, ao jovem e à família em contexto de urgência e emergência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação do circuito da criança, do jovem e da família na admissão ao SUP;</li> <li>• Mobilização de conhecimentos acerca dos problemas de saúde mais comuns num SUP;</li> <li>• Observação da EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família, admitida em contexto de urgência e emergência;</li> <li>• Observação e participação nos cuidados de enfermagem à díade, admitida na triagem e sala de reanimação;</li> <li>• Observação, participação e prestação de cuidados de enfermagem à díade admitida na sala de tratamentos, sala de observação e cuidados intermédios;</li> <li>• Mobilização de conhecimentos para a célere identificação de sinais de alarme;</li> <li>• Promoção de comportamentos promotores de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca do atendimento em contexto de urgência e emergência;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca de problemas de saúde mais frequentes no SUP;</li> <li>• Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem;</li> <li>• Relação com os pais, crianças e jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação e/ou elaboração de <i>posters</i> e/ou folhetos;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA (SUP)**  
**(26 de Outubro de 2015 a 13 de Novembro de 2015)**

**Conhecer as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Compreender as necessidades da tríade, no contexto da sua cultura.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da diversidade cultural existente;</li> <li>• Observação e participação nos cuidados de enfermagem prestados ao RN e à família tendo em conta a importância dos cuidados culturalmente competentes;</li> <li>• Observação da comunicação existente entre a tríade, no contexto das diferentes culturas;</li> <li>• Mobilização de competências culturais no que respeita as diferentes culturas identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ e do Jovem, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca das diferentes culturas identificadas;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Relação com os pais, crianças e jovens;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem;</li> <li>• Sessões de formação informais aos pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>



**UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO (UCERN)**

**(16 de Novembro de 2015 a 11 de Dezembro de 2015)**

**Adquirir competências de EEESCJ, de acordo com os quadros de referência, para a prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família, em contexto de cuidados intermédios e intensivos neonatais.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p align="center"><b>Adquirir competências na avaliação do desenvolvimento do RNP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação do circuito do recém-nascido (RN) e da família na admissão à UCERN;</li> <li>• Mobilização de conhecimentos acerca dos problemas de saúde mais comuns numa UCERN;</li> <li>• Observação dos cuidados de enfermagem prestados ao RN e à família, admitida na UCERN;</li> <li>• Observação, participação e prestação autónoma de cuidados de enfermagem ao RN e à família, admitida na UCERN;</li> <li>• Avaliação física, cefalo-caudal, do RNP (recém-nascido prematuro);</li> <li>• Avaliação do choro do RNP;</li> <li>• Avaliação da vitalidade do RNP;</li> <li>• Avaliação do tônus muscular do RNP;</li> <li>• Avaliação dos reflexos primitivos do RNP;</li> <li>• Avaliação da postura do RNP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca do atendimento em contexto de cuidados intermédios e intensivos neonatais;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca de problemas de saúde do RN;</li> <li>• Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Relação com os pais e RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação e/ou elaboração de <i>posters</i> e/ou folhetos;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO (UCERN)**

**(16 de Novembro de 2015 a 11 de Dezembro de 2015)**

**Adquirir competências de EEES CJ, de acordo com os quadros de referência, para a prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família, em contexto de cuidados intermédios e intensivos neonatais.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Promover a vinculação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação do circuito da díade na admissão à UCERN;</li> <li>• Mobilização de conhecimentos acerca dos problemas de saúde mais comuns numa UCERN;</li> <li>• Observação dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido e à família, admitida na UCERN;</li> <li>• Observação, participação e prestação autónoma de cuidados de enfermagem ao RN e à família, admitida na UCERN;</li> <li>• Escuta das preocupações dos pais;</li> <li>• Resposta às questões colocadas pelos pais.</li> <li>• Utilização de estratégias promotoras da esperança realista;</li> <li>• Avaliação da parentalidade;</li> <li>• Orientação dos pais para a amamentação;</li> <li>• Envolvimento dos pais nos cuidados ao RN;</li> <li>• Orientação para os cuidados antecipatórios;</li> <li>• Orientação aos pais para comportamentos potenciadores de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca do atendimento em contexto de cuidados intermédios e intensivos neonatais;</li> <li>• Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEES CJ, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Relação com os pais e RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação e/ou elaboração de <i>posters</i> e/ou folhetos;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO (UCERN)**

**(16 de Novembro de 2015 a 11 de Dezembro de 2015)**

**Conhecer as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de recém-nascidos e famílias de diferentes culturas.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Compreender as necessidades da tríade, no contexto da sua cultura.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da diversidade cultural existente;</li> <li>• Observação e participação nos cuidados de enfermagem prestados ao RN e à família tendo em conta a importância dos cuidados culturalmente competentes;</li> <li>• Observação da comunicação existente entre a tríade, no contexto das diferentes culturas;</li> <li>• Mobilização de competências culturais no que respeita as diferentes culturas identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ e do Jovem, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca das diferentes culturas identificadas;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Relação com os pais e RN;</li> <li>• Sessões de formação informais aos pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Sessões de formação;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA (HOSPITAL A)**  
**(04 de Janeiro de 2016 a 15 de Janeiro de 2016)**

**Conhecer as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de crianças, jovens e famílias com doença crónica, de diferentes culturas.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Confrontar as práticas dos profissionais de saúde no cuidar de crianças, jovens e famílias com doença renal crónica, de diferentes culturas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da diversidade cultural existente;</li> <li>• Participação no acolhimento de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas;</li> <li>• Observação e participação nos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e à família tendo em conta a importância dos cuidados culturalmente competentes;</li> <li>• Observação da comunicação existente entre a tríade, no contexto das diferentes culturas;</li> <li>• Observação do encaminhamento da díade, no contexto das diferentes culturas;</li> <li>• Mobilização de competências culturais no que respeita as diferentes culturas identificadas.</li> <li>• Elaboração de uma análise reflexiva sobre as práticas observadas e vivenciadas à luz da evidencia científica, comparando-as com o meu serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de normas e protocolos existentes no serviço;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem, Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ e do Jovem, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de SIP, PNSIJ e outros;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca das diferentes culturas identificadas;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Relação com os pais, crianças e jovens;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem;</li> <li>• Sessões de formação informais aos pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Interação da tríade;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA (HOSPITAL B)**  
**(18 de Janeiro de 2016 a 12 de Fevereiro de 2016)**

**Desenvolver competências de referente nas questões relacionadas com os cuidados culturalmente competentes.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>Proporcionar cuidados culturalmente competentes na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos enfermeiros na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família de diferentes culturas;</li> <li>• Compreensão das práticas dos profissionais de saúde perante uma criança, um jovem e uma família de diferente cultura;</li> <li>• Compreensão do tipo de comunicação existente entre a tríade, tendo em conta as diferentes culturas;</li> <li>• Identificação da competência cultural dos elementos da equipa de enfermagem;</li> <li>• Sistematização das necessidades formativas dos diversos elementos da equipa;</li> <li>• Orientação da equipa de enfermagem acerca da importância dos cuidados culturalmente competentes;</li> <li>• Sistematização da informação relacionada com diferentes culturas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca das diferentes culturas identificadas;</li> <li>• Consulta de documentos orientadores da prática;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Utilização do instrumento terapêutico mais adequado ao estágio de desenvolvimento na relação com a criança e o jovem</li> <li>• Relação com os pais;</li> <li>• Sessões de formação formais e informais aos pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Questionários;</li> <li>• Sessão de formação</li> <li>• Avaliação da sessão de formação</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

**CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE (CNAI)**  
**(22 de Fevereiro de 2016 a 26 de Fevereiro de 2016)**

**Desenvolver competências de referente nas questões relacionadas com os cuidados culturalmente competentes.**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES PROPOSTAS	RECURSOS A UTILIZAR	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<b>Compreender a articulação do Gabinete da Saúde entre os Imigrantes e a Comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do CNAI;</li> <li>• Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do Gabinete de Saúde;</li> <li>• Observação da enfermeira no atendimento dos cidadãos imigrantes no Gabinete da Saúde;</li> <li>• Compreensão do circuito que os imigrantes efetuam, no CNAI ou na comunidade, tendo em conta a articulação feita no âmbito da saúde.</li> <li>• Acompanhamento do circuito que os imigrantes efetuam, no CNAI ou na comunidade, tendo em conta a articulação feita no âmbito da saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica acerca do atendimento efetuado no gabinete da saúde do CNAI;</li> <li>• Legislação em vigor;</li> <li>• Consulta dos peritos na área;</li> <li>• Observação participante no acompanhamento da enfermeira orientadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo escrito das pesquisas e consultas;</li> <li>• <i>Feedback</i> da enfermeira orientadora;</li> <li>• Sistematização escrita do conhecimento adquirido;</li> <li>• Reflexão escrita.</li> </ul>

## **APÊNDICE II**

**Correio eletrônico**



Rita Cordeiro &lt;ritaasbcordeiro@gmail.com&gt;

---

**Request your permission to use the flashcards**

5 mensagens

**Rita Cordeiro** <ritaasbcordeiro@gmail.com>

26 de março de 2016 às 23:55

Para: copyright@widgit.com

Bcc: Rita Cordeiro &lt;ritaasbcordeiro@hotmail.com&gt;

Dear Mr./Mrs.

I am a nurse performing duties in Santa Maria's Hospital on the Pediatric Nephrology Wing located in Lisbon, Portugal, currently the reference center in pediatric kidney transplantation.

Presently I'm finishing my Master's Degree in Nursing: Specializing in Child Health Nursing and Pediatrics, and my final dissertation is entitled "The Culturally Competent Care to the Child, the Youth and Family with Chronic Disease".

I have identified the importance of your communication cards that allow overcoming the language barrier often arisen, given the multiculturalism witnessed that is conducive to an impediment to excellent care.

To that regard, I hereby request your permission to use the flashcards, related to hospital procedures, in order to implement them only in my service.

My best regards,

Rita Cordeiro,

[ritaasbcordeiro@gmail.com](mailto:ritaasbcordeiro@gmail.com)

---

**Doug Watt** <doug@widgit.com>

26 de março de 2016 às 23:55

Para: ritaasbcordeiro@gmail.com

Thank you for your email. I am currently out of the office until 29/3/16. If your enquiry is urgent, then please contact Tom Jelley at [tom@widgit.com](mailto:tom@widgit.com) or alternatively a member of the Sales & Marketing team on 01926333680.

---

**Doug Watt** <doug@widgit.com>

29 de março de 2016 às 07:39

Para: Rita Cordeiro &lt;ritaasbcordeiro@gmail.com&gt;

Dear Rita,

Thank you for your email.

Can you please confirm which specific health resources you would like to use?

Kind regards,



04/04/2016

Gmail - Request your permission to use the flashcards

Doug

Doug Watt  
Business Development Manager  
Widgit Software  
26 Queen Street  
Leamington Spa  
CV32 7NA  
UK  
+44 (0) 1926333680  
doug@widgit.com  
www.widgit.com

---

**From:** "Rita Cordeiro" <ritaasbcordeiro@gmail.com>  
**To:** copyright@widgit.com  
**Sent:** Saturday, 26 March, 2016 23:55:21  
**Subject:** Request your permission to use the flashcards

[Citação ocultada]

[Click here](#) to report this email as spam.

---

**Rita Cordeiro** <ritaasbcordeiro@gmail.com>  
Para: Doug Watt <doug@widgit.com>

1 de abril de 2016 às 19:20

Dear Doug,

I would like to use your "My Daycase Operation (Child)" and "Hospital procedures Pack", including those that apply to the care of the child and which are available for free or by buying at <http://widgit-health.com/downloads/hospital-procedures.htm>

My Best regards,

Rita Cordeiro,  
ritaasbcordeiro@gmail.com

[Citação ocultada]

---

**Doug Watt** <doug@widgit.com>  
Para: Rita Cordeiro <ritaasbcordeiro@gmail.com>

4 de abril de 2016 às 06:54

Dear Rita,

Thank you for your email.

Both are fine for you to use-the free ones are already in the public domain, and the paid for ones are yours to use as you wish once purchased.

Kind regards,

Doug

Doug Watt  
Business Development Manager  
Widgit Software  
26 Queen Street

04/04/2016

Gmail - Request your permission to use the flashcards

Leamington Spa  
CV32 7NA  
UK  
+44 (0) 1926333680  
doug@widgit.com  
www.widgit.com

---

**From:** "Rita Cordeiro" <ritaasbcordeiro@gmail.com>  
**To:** "Doug Watt" <doug@widgit.com>  
**Sent:** Friday, 1 April, 2016 19:20:44  
**Subject:** Re: Request your permission to use the flashcards  
[Citação ocultada]

## **APÊNDICE III**

**Apresentação da sessão de formação – *Cuidar na Multiculturalidade em  
Pediatría***

## **CUIDAR NA MULTICULTURALIDADE EM PEDIATRIA**

**Discente:**

Rita Alexandra Cordeiro (n.º6066)

**Lisboa**

Fevereiro de 2016

**1**

## **ÍNDICE**

Objetivos

Proposta para  
Melhoria dos  
Cuidados e  
Enfermagem

Síntese

Justificação da  
Problemática

Cuidados  
Culturalmente  
Competentes

Bibliografia

A Imigração em  
Portugal e o Acesso à  
Saúde

Definição de  
Conceitos

**2**

## OBJETIVOS

### ○ Objetivo Geral

- Estimular o desenvolvimento de competências culturais.

### ○ Objetivos Específicos

- Proporcionar cuidados culturalmente competentes na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família.
- Propor a implementação de estratégias para a melhoria dos cuidados.

3

## JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

### ○ CHLN – Hospital de Santa Maria:

- Hospital de Referência na receção de doentes evacuados ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde.

### ○ Nefrologia Pediátrica

- A maior percentagem de imigrantes tem origem em Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP):
  - Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

Modelo da  
Parceria de  
Cuidados  
(Anne Casey)

Cuidados de  
Enfermagem  
Culturalmente  
Competentes  
(Leininger)

Cuidados  
Centrados na  
Família

Aculturação  
(Berry)

A Enfermagem Transcultural é uma área de estudo que analisa culturas por forma a praticar cuidados de saúde culturalmente congruentes, tendo em conta as crenças, os valores e modos de vida culturais a fim de proporcionar cuidados de saúde culturalmente congruentes, significativos e benéficos para as pessoas.

(Leininger, 2001, 2002)

4



# A IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL E O ACESSO À SAÚDE



5

# A IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL E O ACESSO À SAÚDE

- No campo de ação da **saúde**, foram sendo emanadas **leis** que dão ênfase ao direito à proteção da saúde, independentemente das condições socioeconómicas e culturais, promovendo, assim, a igualdade de direitos.



- “É facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do (...) SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS”. (Despacho n.º 25 360/2001, 2001)

- A todos são garantidos cuidados de saúde urgentes e vitais, doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública, cuidados de saúde materno-infantis e saúde reprodutiva, cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, vacinação, cidadãos estrangeiros em situação de reagrupamento familiar e cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica . (DGS, 2009)

6

## DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- **Cultura** é definida como “(...) os valores, crenças e estilos de vida de um grupo aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam o seu pensamento, decisões e ações de forma padronizada”.  
(Leininger, 2001, p.46)
- A **multiculturalidade** refere-se ao assumir “(...) que existem diferentes culturas e subculturas no mundo que necessitam de ser reconhecidas, valorizadas e compreendidas pelas suas diferenças e semelhanças”.  
(Leininger, 2001, p.50)

7

## DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- O **processo de aculturação** está inerente aos movimentos migratórios no contato com diferentes grupos culturais e refere-se à capacidade que um indivíduo ou grupo de determinada cultura tem para aprender alguns valores, comportamentos, normas e estilos de vida da cultura da sociedade de acolhimento  
(Leininger, 2001)
- O processo de aculturação pode ser experienciado de diferentes modos:
  - Integração: “(...) interesse em manter a cultura original enquanto se interage diariamente com outros grupos
  - Assimilação: os indivíduos não desejam manter a sua herança cultural e procuram interagir com outras culturas (...)”
  - Separação: mantêm a “(...) sua cultura de origem e ao mesmo tempo desejam evitar interação com outros (...)”
  - Marginalização: “(...) quando há pouca possibilidade ou interesse na manutenção cultural (...) e pouco interesse em manter relacionamentos com outros (...)”

(Berry, 2004, p. 34)

8



# CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTE

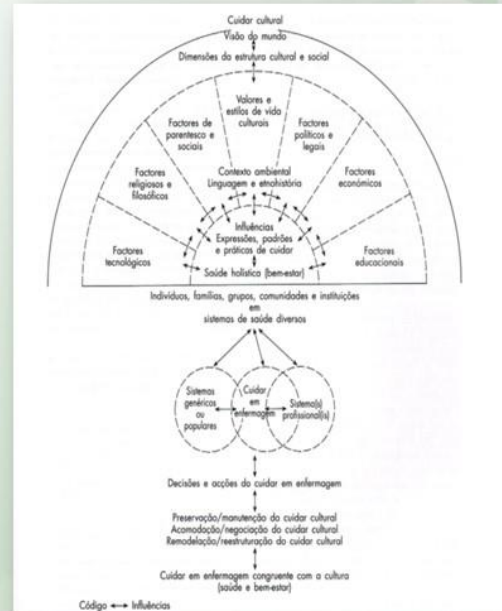
## Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

### Indutiva

Deriva do conhecimento ou experiência de uma cultura (componente interior / cuidado genérico – *emic*)

### Dedutiva

Deriva dos aspetos comuns ou mais universais às culturas, formal e cognitivamente adquiridos pelos profissionais de saúde (componente exterior / cuidado profissional – *etic*)



Tem como finalidade conhecer diferentes culturas com recurso à investigação qualitativa, com o objetivo de orientar a prática dos enfermeiros a fim de proporcionarem um **cuidar culturalmente competente**.

9

# CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTE

## Níveis de Competência Cultural

### Inconscientemente incompetente

“(…) Não ter consciência da falta de conhecimento sobre outra cultura”.

### Conscientemente incompetente

“(…) Ter consciência da ausência de conhecimento sobre outra cultura”.

### Conscientemente competente

“(…) Aprender sobre a cultura do cliente, verificando as generalizações sobre a cultura do cliente, e oferecer intervenções culturalmente específicas”.

### Inconscientemente competente

“(…) Oferecer automaticamente cuidados culturalmente congruentes a clientes de diversas culturas”.



## CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTE

Com a diversidade cultural cada vez mais presente, o cuidar de clientes oriundos de qualquer parte do mundo é uma realidade que tem inerente inúmeros desafios para a enfermagem, surgindo a necessidade de que os cuidados prestados sejam **culturalmente congruentes**.

- O **cuidar culturalmente congruente** define-se como “(...) o uso explícito dos cuidados de saúde culturalmente baseados, de forma sensível, criativa e significativa para atender os modos de vida gerais e as necessidades individuais ou dos grupos de forma benéfica e significativa (...)” (Leininger, 2001, p. 84)

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

- “Que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso **equitativo** a **cuidados de enfermagem especializados** em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, **parceria**, **capacitação**, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e **culturalmente sensível**”. (Regulamento n.º 351/2015, p. 16661)

11

## CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTE

Desconhecer



Não  
compreender



Pode implicar **choque cultural**, gerando sentimentos de desconforto e desorientação por divergência de práticas culturais

12

## CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTE



Imposição cultural



Tende-se a impor valores, crenças e costumes a pessoas de outras culturas, por diversos motivos, como ignorância cultural, etnocentrismo, preconceitos, racismo, ou outros, limitando o seu bem-estar.

(Leininger, 2002).

## CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTE



# PROPOSTA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



15

## SÍNTESE



16



- Andrews, M., & Boyle, J. (2012). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (6ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Berry, J. (2004). Migração, Aculturação e Adaptação. In S. DeBiaggi & G. Paiva (Eds.), *Psicologia, e/imigração e cultura* (pp. 29–46). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Despacho n.º 25 360/2001. (2001). Acesso de cidadãos estrangeiros aos Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 2ª Série, N.º 286 (12-12-2001). 11816(2).
- Direção-Geral de Saúde. (2009). *Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. (Circular Informativa N.º12/DQS/DMD, Ed.). Lisboa: DGS.
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (2ª ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Leininger M. (2002). Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. In M. Leininger & M. McFarland (Eds.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (3ª ed., pp. 3–43). Michigan: McGraw-Hill, Medical Publishing Division.
- Migrant Integration Policy Index. (2015). Overall Score (With Health), 2014. Acedido a 1 Fevereiro de 2016, disponível em <http://www.mipex.eu/play/>

- Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente* (3rd ed.). Londres: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS*, 6(4). <http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República 2ª série, N.º 119 (22-06-2015). 16660-16665.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2014). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2014*. Barcarena.

**OBRIGADA PELA ATENÇÃO**